

На бланке организации

№ дела _____ (заполняется ИЛЦ)

Директору ФГБУ НМИЦ
«ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России
д.м.н., профессору
Ф.Ф. Лосеву

Заявление на проведение _____ испытаний медицинских изделий
с целью государственной регистрации

1.	Наименование медицинского изделия (с указанием принадлежностей, необходимых для применения медицинского изделия по назначению)	
2.	В отношении разработчика медицинского изделия:	
2.1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
2.2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2.3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
2.4	Адрес (место нахождения) юридического лица	
2.5	Номера телефонов	
2.6	Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется)	
2.7	Идентификационный номер налогоплательщика	
3.	В отношении производителя медицинского изделия:	
3.1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
3.2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
3.4	Адрес (место нахождения) юридического лица	
3.5	Номера телефонов	
3.6	Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется)	
3.7	Идентификационный номер налогоплательщика	
4.	В отношении уполномоченного представителя производителя медицинского изделия:	
4.1	Организационно-правовая форма и полное наименование юридического лица	
4.2	Сокращенное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.3	Фирменное наименование юридического лица (в случае, если имеется)	
4.4	Адрес (место нахождения) юридического лица	

4.5	Номера телефонов	
4.6	Адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется)	
4.7	Идентификационный номер налогоплательщика	
5.	Место производства медицинского изделия	
6.	Назначение медицинского изделия, установленное производителем	
7.	Вид медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	
8.	Класс потенциального риска применения медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	
9.	Код Общероссийского классификатора продукции для медицинского изделия	

Оплату гарантируем.

Наши реквизиты:

(должность)

МП

(Ф.И.О., подпись, дата)