|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Р е к о м е н д у е м а яф о р м а  **В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ**  **ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** |
|  |  | |

**Заявление**

**о предоставлении сведений из реестра разрешений на применение незарегистрированного медицинского изделия для диагностики in vitro**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Требуемые сведения** | **Сведения, представленные заявителем** |
| **1** | Наименование незарегистрированного медицинского изделия для диагностики in vitro (с указанием принадлежностей, необходимых для применения медицинского изделия по назначению) |  |
| **2** | Наименование юридического лица |  |
| **3** | Адрес места нахождения юридического лица (с указанием почтового индекса) |  |
| **4** | Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица |  |
| **5** | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| **6** | Данные документа о постановке заявителя на учет в налоговом органе |  |
| **7** | Контактный телефон и адрес электронной почты юридического лица (в случае, если имеется) |  |
| **8** | Форма получения уведомления о решении разрешительного органа | [<\*>](#P605) На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении  [<\*>](#P605) В форме электронного документа |

<\*> Нужное указать.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии)руководителя постоянно действующего исполнительного органа юридического лица или уполномоченного представителя юридического лица)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись)

М.П.

(при наличии)