Федеральное государственное бюджетное учреждение

"Научный центр экспертизы средств медицинского применения"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

127051, РОССИЯ, город Москва, б-р. Петровский, д. 8, стр 2;.

Тел.: (495) 625-43-48; (499)190-18-18

**Заявка**

**на** **услуги по испытанию качества одной серии лекарственного препарата поступившего в течение года в гражданский оборот с учетом лекарственной формы и дозировки**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН организации или номер регистрационного документа индивидуального предпринимателя

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

юридический адрес, телефон, факс, адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

банковские реквизиты

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность, ФИО, реквизиты доверенности (при необходимости)

просит провести испытания лекарственного препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 торговое наименование лекарственного препарата

серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на соответствие требованиям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование и обозначение НД, включая изменения

выпускаемой изготовителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование, страна, адрес изготовителя, стадии производства

и выдать протокол испытаний о соответствии указанной серии/партии препарата требованиям нормативной документации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Код ОК 034-2014 (КПЕС 2008) (ОКПД 2) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Код ТН ВЭД России | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |

Основание для проведения работ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Договор, контракт, гарантийное обязательство, №\_\_\_\_, от \_\_\_\_\_\_\_\_

**К Заявке прилагаются:**

1. Приложение 1, на \_\_\_\_\_ л.

2. Копия приложение 2, на \_\_\_\_\_ л.

3. Копия доверенности, на \_\_\_\_ л.

4. Документ производителя, подтверждающий качество серии/партии, на \_\_\_\_\_ л.

5. Копия нормативной документации на лекарственный препарат, на \_\_\_\_ л.

6. Копия регистрационного удостоверения, на \_\_\_\_ л.

7. Копия инструкции по медицинскому применению, на \_\_\_\_ л.

8. Копия макетов первичной и вторичной упаковки, на \_\_\_\_\_ л.

9. Копия письма о представлении документов в электронном виде, на \_\_ л.

10. Другие документы

**Руководитель организации** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись, ФИО

**Главный бухгалтер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись, ФИО

**М.П.**

**Приложение № 1 к Заявке на** **услуги по испытанию качества одной серии лекарственного препарата, поступившего в течение года в гражданский оборот с учетом лекарственной формы и дозировки**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Торговое наименование, международное непатентованное наименование, лекарственная форма, дозировка, форма выпуска лекарственного средства | Номер серии/партии | Объем серии/партии | Дата производства | Срок годности | РУ (№ и дата выдачи, дата переоформления РУ) | Наименование держателя РУ, страна |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Руководитель организации  |  |  |  |  |  |
|  | подпись |  | ФИО |  | дата |
| М.П. |  |  |  |  |  |

**Приложение № 2 к Заявке на** **услуги по испытанию качества одной серии лекарственного препарата, поступившего в течение года в гражданский оборот с учетом лекарственной формы и дозировки**

|  |
| --- |
| Реквизиты заявителя |
| 1. | Название организации (полное и сокращенное) |  |
| 2. | Руководитель (должность, ФИО) |   |
| 3. | Главный бухгалтер |  |
| 4. | Юридический адрес  |  |
| 5. | Фактический адрес  |  |
| 6. | Почтовый адрес |  |
| 7. | Телефон, факс |  |
| 8. | E-mail |  |
| 9. | Контактное лицо (должность, ФИО), телефон |  |
| 10. | ФИО, должность лица, подписывающего договор |  |
| 11. | Документ, на основании которого действует лицо, подписывающее договор |  |
| 12. | Свидетельство о регистрации |  |
| 13. | Дата регистрации |  |
| 14. | Лицензия на производство ЛС № |  |
| 15. | Кем выдана/срок действия до |  |
| 16. | ИНН |  |
| 17. | КПП |  |
| 18. | ОГРН |  |
| 19. | ОКПО |  |
| 20. | Свидетельство о постановке на учет |  |
| 21. | Дополнительная информация |  |
| Банковские реквизиты |
| 1. | Код ОКПО банка |  |
| 2. | ИНН банка |  |
| 3. | Наименование банка |  |
| 4. | БИК банка |  |
| 5. | Адрес банка |  |
| 6. | Телефоны  |  |
| 7. | К/с банка / к/с филиала |  |
| 8. | Расчетный счет клиента в банке |  |
|  |  |  |
| Руководитель организации |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | подпись | ФИО |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. |
|
| М.П. |