**Форма заявки  
о внесении изменений в перечень учреждений, организаций и предприятий, имеющих право проводить исследования (испытания) с целью оценки биологического действия медицинских изделий в целях их регистрации в рамках Евразийского экономического союза\***

На бланке организации

В Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения

Славянская пл., д. 4, стр. 1,

Москва 109074

**Заявка**

**о внесении изменений в перечень учреждений, организаций и предприятий,**

**имеющих право проводить исследования (испытания) с целью оценки биологического действия медицинских изделий**

**в целях их регистрации**

Сведения о заявителе:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Полное наименование, организационно-правовая форма юридического лица |  |
| 2 | Сокращенное наименование юридического лица |  |
| 3 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 4 | Адрес места нахождения юридического лица |  |
| 5 | Контактный телефон, факс |  |
| 6 | Адрес электронной почты |  |
| 7 | Фамилия, имя, отчество\*\*, контактные данные руководителя |  |

Сведения об испытательной лаборатории (центре):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Полное наименование испытательной лаборатории (центра) |  |
| 2 | Сокращенное наименование\*\* испытательной лаборатории (центра) |  |
| 3 | Номер аттестата аккредитации или документа уполномочивания (уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц) |  |
| 4 | Дата выдачи аттестата аккредитации (дата внесения в реестр сведений об аккредитованном лице) |  |
| 5 | Дата окончания действия аттестата аккредитации |  |
| 6 | Статус действия аттестата аккредитации или документа уполномочивания |  |
| 7 | Место нахождения (адрес) испытательной лаборатории (центра) |  |
| 8 | Контактный телефон, факс |  |
| 9 | Адрес электронной почты |  |
| 10 | Адрес сайта в сети Интернет\*\* |  |
| 11 | Фамилия, имя, отчество\*\*, контактные данные руководителя испытательной лаборатории (центра) |  |
| 12 | Описание области аккредитации или документа уполномочивания |  |
| 13 | Информация о медицинских изделиях и (или) однородных группах медицинских изделий, включенных в область аккредитации испытательной лаборатории (центра), в отношении которых подается заявка |  |
| 14 | Виды и методы испытаний медицинских изделий, включенных в область аккредитации испытательной лаборатории (центра), в отношении которых подается заявка |  |

*\* Данная форма носит рекомендательный характер*

*\*\* В случае если имеется.*

в лице ,

*Фамилия, имя, отчество (если имеется), должность руководителя организации*

действующего на основании ,

*(документ, подтверждающий полномочия)*

просит внести изменения в перечень учреждений, организаций и предприятий, имеющих право проводить исследования (испытания) с целью оценки биологического действия медицинских изделий в целях их регистрации, в связи со следующим:

*указываются причины внесения изменений*

Заявитель

*Ф.И.О., подпись*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. М.П. |