На бланке Заявителя

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_

Первому заместителю директора - руководителю Центра эталонов, поверки и калибровки БелГИМ

Волынцу А.С.

Старовиленский тракт 93,

г. Минск, 220053

E-mail: info@belgim.by

Заявка на проведение технических испытаний медицинского изделия

в целях национальной регистрации

Просим заключить договор и выставить счет на оплату за выполнение технических испытаний.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование медицинского изделия  |  |
| Технические условия на медицинское изделие |  |
| Номера пунктов технических условий, на соответствие которым необходимо провести испытания |  |
| Информация о медицинском изделии: |
| - марка, модель (при наличии) |  |
| - дата изготовления |  |
| - сроки годности (при наличии) |  |
| - количество образцов, предоставляемых на испытания |  |
| Наименование заявителя |  |
| Адрес заявителя |  |
| Наименование производителя |  |
| Адрес производителя |  |
| Перечень предоставляемых документов:  | На бумажном носителе | На электронном носителе |
| - Технические условия (ТУ) |  |  |
| - Эксплуатационная документация |  |  |
| - Данные о маркировке |  |  |
| - Данные об упаковке |  |  |
| - Программа приемочных технических испытаний (при необходимости) |  |  |
| - Протоколы технических испытаний медицинского изделия (при наличии) |  |  |
| - Акт обора образцов (при наличии) |  |  |
| - Иные документы |  |  |
| Просим применить правило принятия решений о соответствии (при отсутствии отметки принимается правило простого принятия решений) | Простое принятие | На основе защитной зоны w=U | Иное |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Контактный телефон исполнителя  |  |
| ФИО исполнителя |  |
| Доверенность (при необходимости) |  |
| Реквизиты организации для оплат работ: |
| - счет IBAN |  |
| - банк |  |
| - БИК SWIFT |  |
| - УНП |  |

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.