**ЗАЯВКА №**

на проведение лабораторного/технического испытания образцов лекарственных средств и медицинских изделий

по Договору №\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Наименование организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Просим провести испытание:

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование лекарственного средства и/или медицинского изделия** (марка, модель)  **Дозировка** (для лекарственного средства) |  |
| **Форма выпуска**/**тип медицинского изделия** |  |
| **Количество в упаковке** |  |
| **Количество предоставленного образца (уп/шт)** |  |
| **Серия** |  |
| **Срок годности/срок службы** |  |
| **Наименование производителя и его местонахождение** |  |
| **Наименование/номер нормативного документа\*** |  |
| **Показатели испытания** |  |

Примечание:**(\*)** - Указать номер утвержденного нормативного документа по качеству на лекарственные средства (НД/ФС/ВФС/ТУ/ГОСТ/Монографии из фармакопей), для медицинских изделий: техническая и эксплуатационная документация на медицинские изделия (рабочие чертежы, таблицы и схемы, технические нормативные документы, иные документы, подтверждающие соответсвие медицинского изделия общим требованиям), стандарты включенные в перечень стандартов, котором соотвествует медицинское изделие.

Прилагаются следующие СО и/ или реактивы\*\*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество | Серия | Срок годности | Сертификат качества | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Примечание – **(\*\*) – таблица заполняется только в случае, если заказчик прилагает СО и/ или реактивы**;

**Цель проведения испытаний:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возврат образцов после испытаний\*\*\* ☐требуется ☐ не требуется.

Примечание – (\*\*\*) – заполняется только в случае, если заказчик предоставил образцы медицинских изделий.

**Оплату гарантируем**

**Заявитель:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Исполнитель:

**Принял и согласовал**

**методику специалист:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата:\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.