Образец

**В ФЕДЕРАЛЬНУЮ СЛУЖБУ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  | от |  |

**Заявление о намерении осуществлять
клинические испытания медицинских изделий**

Заявитель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Полное наименование, организационно-правовая форма медицинской организации |  |
| 2 | Сокращенное наименование \* |  |
| 3 | Фирменное наименование |  |
| 4 | Адрес (место нахождения) медицинской организации (с указанием почтового индекса) |  |
| 5 | Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации |  |
| 6  | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 7 | Контактный телефон, факс |  |
| 8 | Адрес электронной почты \* |  |
| 9 | Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности |  |

*\* В случае если имеется.*

в лице ,

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

действующего на основании ,

*(документ, подтверждающий полномочия)*

просит включить в перечень медицинских организаций, проводящих клинические испытания медицинских изделий, и подтверждает соответствие медицинской организации требованиям к медицинским организациям, осуществляющим клинические испытания медицинских изделий.

Заявитель

*Ф.И.О., подпись*

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