Орган по сертификации продукции

ООО «Формат качества»

Адрес: г. Москва, 1-й Вязовский пр-д, д. 5, стр. 1

ЗАЯВКА №

НА ПРОВЕДЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Наименование организации-изготовителя, продавца (далее – заявителя, код ОКПО или номер регистрационного документа индивидуального предпринимателя))*

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

**Банковские реквизиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИНН/ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** В лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Должность, Фамилия, имя, отчество руководителя)*

**Просит провести обязательную сертификацию продукции согласно приложению 1 на соответствие требованиям нормативной документации по схеме \_\_\_\_.**

**Заявитель обязуется выполнять правила сертификации.**

**Дополнительные сведения:**

**К заявке прилагается следующий комплект документов:**

**приложение №1;**

**паспорта на лекарственные средства;**

**регистрационные удостоверения;**

**лицензия с приложением;**

**контракт, инвойс (для импортных препаратов);**

**приложение 2 (для отечественных препаратов).**

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

 **подпись Фамилия, инициалы**

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

 **подпись Фамилия, инициалы**

 **М.П.**

 **«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.**