

**Департамент лекарственного обеспечения и медицинской техники при  
Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики**

Отдел оценки качества лекарственных средств  
и медицинских изделий

**Заявка  
на проведение оценки качества лекарственных средств**

1. \_\_\_\_\_  
(наименование организации (заявителя))

\_\_\_\_\_ (код ОКПО и ИНН)

юридический адрес \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_ факс \_\_\_\_\_

в лице \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя)

просит провести оценку качества следующего (их) лекарственного (ых)  
средства (в):

№	Наименование лекарственного средства, лекарственная форма, дозировка, фасовка	Размер партии	Единица измерения	Серия	Срок годности	Наименование, страна производителя

2. Обязуюсь:

- соблюдать порядок оценки качества;
- при установлении несоответствия продукции требованиям нормативных документов по качеству принимать меры по недопущению реализации этой продукции;
- оплатить все расходы, связанные с оценкой качества.

3. Прилагаются следующие документы:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заявитель

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
Ф.И.О.

М.П.      « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.