Приложение 3

к приказу ДЛС и МИ

от «30» Сентября 2024 г. №299

Директору Департамента

лекарственных средств

и медицинских изделий при

Министерстве здравоохранения

Кыргызской Республики

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

*Фамилия, инициалы*

ЗАЯВЛЕНИЕ

об отмене действия (аннулировании) регистрационного

удостоверения медицинского изделия

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

(полное и сокращенное (при наличии) наименования заявителя, в том числе

фирменное наименование, организационно-правовая форма юридического лица)

Просит отменить действие регистрационного удостоверения

(аннулировать регистрационное удостоверение) медицинского изделия

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

(наименование медицинского изделия (с указанием принадлежностей, необходимых для применения медицинского изделия по назначению))

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

(дата регистрации медицинского изделия и номер регистрационного удостоверения)

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается причина)

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

(Ф.И.О. руководителя производителя медицинского изделия (его уполномоченного представителя))

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)