ДК жана МБД 30.09.2024-жылдагы №299 буйругуна

6-тиркеме

**ФОРМА**

**Медициналык буюмдун коопсуздугу тууралуу билдирүү**

|  |  |
| --- | --- |
| **МЕДИЦИНАЛЫК БУЮМДУН КООПСУЗДУГУ ТУУРАЛУУ БИЛДИРҮҮ** | |
| №\_\_\_\_\_ Күнү: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Оӊдоп-түздөөчү таасирдин түрү:  □ Медициналык буюмду колдонууну токтотуу  □ Медициналык буюмду өндүрүүчү же анын ыйгарым укуктуу өкүлү менен алмаштыруу  □ Медициналык буюмду өндүрүүчүгө же анын ыйгарым укуктуу өкүлүнө кайтарып берүү  □ Жеринде медициналык буюмду жаңыртуу  □ Медициналык буюмду жок кылуу  □ Медициналык буюмду колдонуу же иштетүү боюнча нускамаларын өзгөртүү  □ Программалык камсыздоону жаңыртуу  □ Башка | |
| Медициналык буюмдун аталышы:  Аткаруу варианты/модель/сериялык номери/каталог номери (колдонуу боюнча): | |
| Каттоо күбөлүктүн номери: | |
| Маселени сүрөттөө: | |
| Медициналык буюмду колдонгон тарап жасоого тийиш болгон иш-аракеттердин сүрөттөлүшү: | |
| Көйгөй жөнүндө кабардар болушу керек жана/же түзөтүүчү чараларды көрүүгө тийиш болгон адамдарга билдирүүнүн зарылдыгын көрсөтүү: | |
| Өндүрүүчүгө (өндүрүүчүнүн ыйгарым укуктуу өкүлүнө) башка уюмдарга жөнөтүлгөн медициналык буюмдар жөнүндө маалыматты берүү жана бул уюмдарга билдирүүлөрдү жөнөтүү зарылчылыгы жөнүндө нускама (болсо): | |
| Байланыш маалыматы | |
| Билдирүүнү 1,2,3 жиберген тараптын аты-жөнү (болсо) | |
| Дареги,2,3 | |
| Индекс1,2,3 | Шаар,2,3 |
| Телефон1,2,3 | Факс (болсо)1,2,3 |
| E-mail1,2,3 | Өлкөсү,2,3 |

Медициналык буюмдун коопсуздугу боюнча учурдагы билдирүүлөр жана бул маселе тууралуу ыйгарым укуктуу органдын маалыматы бар экендигин ырастайм.

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

*(кызматы) (колу) (аты-жөнү)*

М.О.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_-ж.

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