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.

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