

ЗАЯВКА №

на проведение лабораторного/технического испытания образцов лекарственных средств и
медицинских изделий

по Договору № _____ от _____ 20__ г.

Наименование организации-заявителя _____

Юридический адрес _____

ИНН _____ Контактный телефон _____

Электронная почта _____

Просим провести испытание:

Наименование лекарственного средства и/или медицинского изделия (марка, модель) Дозировка (для лекарственного средства)	
Форма выпуска/тип медицинского изделия	
Количество в упаковке	
Количество предоставленного образца (уп/шт)	
Серия	
Срок годности/срок службы	
Наименование производителя и его местонахождение	
Наименование/номер нормативного документа*	
Показатели испытания	

Примечание: (*) - Указать номер утвержденного нормативного документа по качеству на лекарственные средства (НД/ФС/ВФС/ТУ/ГОСТ/Монографии из фармакопей), для медицинских изделий: техническая и эксплуатационная документация на медицинские изделия (рабочие чертежи, таблицы и схемы, технические нормативные документы, иные документы, подтверждающие соответствие медицинского изделия общим требованиям), стандарты включенные в перечень стандартов, которым соответствует медицинское изделие.

Прилагаются следующие СО и/ или реактивы**:

№ п/п	Наименование	Количество	Серия	Срок годности	Сертификат качества	Примечание

Примечание – (**) – таблица заполняется только в случае, если заказчик прилагает СО и/ или реактивы;

Цель проведения испытаний: _____

Возврат образцов после испытаний*** ☐ требуется ☐ не требуется.

Примечание – (***) – заполняется только в случае, если заказчик предоставил образцы медицинских изделий.

Оплату гарантируем

Заявитель: _____ подпись _____ Дата: _____

Ф.И.О.

Исполнитель:

Принял

специалист ЕО: _____ подпись _____ Дата: _____

Ф.И.О.