

Заява
про декларування зміни оптово-відпускної ціни на виріб медичного призначення

Від _____ N _____

Власник свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення:

Найменування _____

Місцезнаходження _____

П. І. Б. контактної особи, тел. _____

Уповноважена особа власника свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення:

Найменування _____

Місцезнаходження _____

П. І. Б. керівника, тел. _____

П. І. Б. контактної особи, тел. _____

Назва виробу медичного призначення, тип, вид, марка тощо*	Кількість одиниць виробу медичного призначення в упаковці (штук, досліджень тощо)	Сфера застосування виробу медичного призначення	Клас безпеки виробу медичного призначення залежно від потенційного ризику застосування	Номер згідно з каталогом	Найменування країни-виробника, місцезнаходження виробництва або найменування виробника, країна	Номер свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення	Дата закінчення строку дії свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення	Заявлена до декларування зміна оптово-відпускної ціни на виріб медичного призначення вітчизняного та/або іноземного виробництва, грн	Офіційний курс та вид іноземної валюти, встановлений Національним банком України на дату подання декларації зміни оптово-відпускної ціни на виріб медичного призначення**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* Інформація зазначається згідно з додатком 1 або 2 до свідоцтва про державну реєстрацію чи технічними умовами до цього виробу медичного призначення.

** Заповнюється лише для виробів медичного призначення іноземного виробництва.

(посада уповноваженої особи власника свідоцтва про державну реєстрацію виробу медичного призначення)

(підпис)

М. П. _____

(П. І. Б.)