

**Еуразиялық экономикалық одаққа мүше-елдер болып табылмайтын
мемлекеттерден дәрілік заттарды әкелуге дәрілік заттарды
Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге өтініш**

Қазақстан Республикасының аумағында тіркелмеген дәрілік заттарды Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге рұқсат беруді сұраймын.

1-кесте

Өтініш беруші	
Өтініш берушінің заңды мекенжайы	
Өтініш берушінің телефоны, электрондық поштасы	
Өтініш берушінің сәйкестендіру нөмірі (БСН, ЖСН) (бар болса)	
Өнім беруші	
Өнім берушінің заңды мекенжайы	
Өнім берушінің телефоны, электрондық поштасы	
Өнім берушінің елі	
Алушы	
Алушының заңды мекенжайы	
Алушының телефоны, электрондық поштасы	
Экспорттаушы ел	
Импорттаушы ел	
Келісімшарттың (шарттың) нөмірі	
Келісімшарт (шарт) жасалған күн	
Ерекшеліктің (қосымшаның, инвойстың, жүкқұжаттың) нөмірі	
Ерекшелік (қосымша, инвойс, жүкқұжат) жасалған күн	
Фармацевтикалық қызметке лицензияның (лицензияға қосымшаның) нөмірі және берілген күні	

Медициналық қызметке лицензияның (лицензияға қосымшаның) нөмірі және берілген күні	
Мемлекеттік органның медициналық бұйымды көтерме саудада өткізуге арналған хабарламаны қабылдағаны туралы талонның немесе халыққа қызмет көрсету орталығының хабарламаны қабылданғаны туралы белгісі бар талонның нөмірі және берілген күні	
Әкелу жүргізілетін кедендік орган	
Төлем валютасы	

2-кесте

№	Дәрілік заттың, дәрілік субстанцияның атауы	Саудалық атауы	Сериясы (партия)	Концентрациясы	Дозасы	Өлшеп-орау (нөмірі)	Шығарылу нысаны

3-кесте

Өлшем бірлігі	Саны	Төлем валютасындағы бір бірлікке ебағасы	Төлем валютасындағы сомасы	Өндіруші	Өндіруші ел

Өтініш берушінің қолы _____

Тегі, аты, әкесінің аты _____ (бар болса)

20__ жылғы " ____ " _____

Приложение 7 к Правилам
оказания государственной услуги
ввоза на территорию
Республики Казахстан
лекарственных средств и
медицинских изделий
Форма

(наименование уполномоченного органа)

**Заявление на ввоз на территорию Республики Казахстан
лекарственных средств из государств, не являющихся государствами-членами
Евразийского экономического союза**

Прошу выдать разрешение на ввоз на территорию Республики Казахстан
лекарственных средств из государств, не являющихся государствами-членами
Евразийского экономического союза

Таблица 1

Заявитель	
Юридический адрес заявителя	
Телефон, электронная почта заявителя	
Идентификационный номер (БИН, ИИН) (при наличии) заявителя	
Поставщик	
Юридический адрес поставщика	
Телефон, электронная почта поставщика	
Страна поставщика	
Получатель	
Юридический адрес получателя	
Телефон, электронная почта получателя	
Страна экспорта	
Страна импорта	
Номер контракта (договора)	
Дата контракта (договора)	
Номер спецификации (приложения, инвойса, счет-фактуры)	

Дата спецификации (приложения, инвойса, счет-фактуры)	
Номер и дата выдачи лицензии (приложения к лицензии) на фармацевтическую деятельность	
Номер и дата выдачи лицензии (приложения к лицензии) на медицинскую деятельность	
Номер и дата выдачи талона государственного органа о приеме уведомления или уведомления с отметкой о приеме центром обслуживания населения на оптовую реализацию медицинских изделий	
Таможенный орган, через который будет произведен ввоз	
Валюта платежа	

Таблица 2

№	Международное непатентованное название	Торговое название	Серия (партия)	Концентрация	Дозировка	Фасовка (номер)	Форма выпуска

Таблица 3

Единица измерения	Количество	Цена за ед. в валюте платежа	Сумма в валюте платежа	Производитель	Страна-производитель

Подпись заявителя _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____ " __ " _____ 20__ года