

**Қазақстан Республикасында тіркелген дәрілік заттарды
Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге өтініш**

_____ (әкелудің мақсатын көрсету) арналған тіркелген дәрілік заттарды
Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге рұқсат беруді сұраймын.

1-кесте

Өтініш беруші	
Көрсетілетін қызметті алушының заңды мекенжайы	
Көрсетілетін қызметті алушының телефоны, электрондық почтасы	
Көрсетілетін қызметті алушының сәйкестендіру нөмірі (БСН, ЖСН) (болған жағдайда)	
Өнім беруші	
Өнім берушінің заңды мекенжайы	
Өнім берушінің телефоны, электрондық почтасы	
Өнім берушінің елі	
Келісімшарттың (шарттың) нөмірі	
Келісімшарттың (шарттың) күні	
Ерекшеліктің (қосымшаның, инвойстың, шот-фактураның) нөмірі	
Ерекшеліктің (қосымшаның, инвойстың, шот-фактураның) күні	
Фармацевтикалық қызметке лицензияның (лицензияға қосымшаның) нөмірі және берілген күні	
Медициналық қызметке лицензияның (лицензияға қосымшаның) нөмірі және берілген күні	
Мемлекеттік органның медициналық бұйымдарды 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 атауы	Концентрациясы	Дозасы	Өлшеп-орау (нөмірі)	Шығарылу нысаны	Өлшем бірлігі	Саны
	Жиыны						

3-кесте

Төлем валютасында бірлікке бағасы	Төлем валютасындағы сомасы	Өндіруші	Өндіруші ел	Дәрілік затты Қазақстан Республикасында мемлекеттік тіркеу күні және нөмірі	Дәрілік затты Қазақстан Республикасында мемлекеттік тіркеудің аяқталатын мерзімі

Ақпараттық жүйелердегі заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға елісім беремін.

Өтініш иесінің қолы _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

20__ жылғы "___" _____

*Ескертпе: құрамында есірткі құралдары, психотроптық заттар және прекурсорлар бар дәрілік заттарды әкелген жағдайда саны көрсетілмейді.

Приложение 1 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
зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств**

Прошу разрешить, согласовать ввоз на территорию Республики Казахстан зарегистрированных лекарственных средств, предназначенных для _____ (указать цель ввоза).

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	
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

№	Наименование лекарственного средства	Концентрация	Дозировка	Фасовка (номер)	Форма выпуска	Единица измерения	Количество
	Итого						

Таблица 3

Цена за ед. в валюте платежа	Сумма в валюте платежа	Производитель	Страна - производитель	Дата и номер государственной регистрации лекарственного средства в Республике Казахстан	Срок окончания государственной регистрации лекарственного средства в Республике Казахстан

Согласен на использования сведений, составляющих охраняемую законом тайну, содержащихся в информационных системах.

Подпись заявителя _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

" ____ " _____ 20__ года

*Примечание: в случае ввоза лекарственных средств, содержащих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры, количество не указывается.