

(уәкілетті органның атауы)

**Қазақстан Республикасында тіркелмеген медициналық бұйымдарды
Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге өтініш**

_____ (әкелудің мақсатын көрсету)
арналған Қазақстан Республикасының аумағында тіркелмеген медициналық
бұйымдарды 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) (бар болған жағдайда)	
Өнім беруші	
Экспорттаушы ел	
Импорттаушы ел	
Өнім берушінің заңды мекенжайы	
Өнім берушінің телефоны, электрондық почтасы	
Өнім беруші ел	
Медициналық ұйым алушы	
Медициналық ұйымның заңды мекенжайы	
Медициналық ұйымның телефоны, электрондық поштасы	
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 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, медициналық бұйымдардың атауы	Концентрациясы	Дозалау	Өлшеп-орау (нөмірі)
	Жиыны			

3-кесте

Шығарылу нысаны	Өлшем бірлігі	Саны	Өндіруші	Өндіруші ел

Өтініш берушінің қолы _____

Тегі, аты, әкесінің аты _____ (бар болса) (қолы)

20__ жылғы " __ " _____

Приложение 5 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
незарегистрированных в Республике Казахстан медицинских изделий**

Прошу разрешить ввоз на территорию Республики Казахстан незарегистрированных в Республике Казахстан медицинских изделий, предназначенных для _____ (указать цель ввоза).

Таблица 1

Заявитель	
Юридический адрес заявителя	
Телефон, электронная почта заявителя	
Идентификационный номер (БИН, ИИН) (при наличии) заявителя	
Поставщик	
Страна экспорта	
Страна импорта	
Юридический адрес поставщика	
Телефон, электронная почта поставщика	
Страна поставщика	
Медицинская организация получатель	
Юридический адрес медицинской организации	
Телефон, электронная почта медицинской организации	
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 медицинских изделий	Серия (партия)	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