Дәрілік заттар мен
медициналық бұйымдарды
Қазақстан Республикасы
аумағына әкелу қағидаларына
12-қосымша
Нысан

_____
(уәкілетті органның атауы)

Тіркелмеген медициналық бұйымдарды әкелуге келісім және (немесе) қорытынды (рұқсат беру құжаты)

_____
(уәкілетті органның атауы)
Рұқсат етеді

_____
(дара кәсіпкердің тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда),
заңды тұлғаның толық атауы,

_____
сәйкестік нөмірі (БСН, ЖСН) мекенжайы, телефоны)
20 __ жылғы "___" _____ № _____ келісімшартқа (шартқа), құжатқа
20 __ жылғы "___" _____ № _____ ерекшелікке (қосымшаға, инвойсқа, жүкқұжатқа) сәйкес Қазақстан Республикасында тіркелмеген медициналық бұйымдарды мынадай атаулар бойынша Қазақстан Республикасының аумағына әкелуге:

КО СЭҚ ТН коды	Р/с №	Медициналық бұйымдардың атауы	Өлш. бірл	Саны	Өндірушінің және өндіруші елдің атауы
1	2	3	4	5	6

Жоғарыда көрсетілген медициналық бұйымдар _____ арналған
(әкелу мақсаты көрсетілсін)
Уәкілетті адамның лауазымы _____ тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) қолы
Орындаушы: _____
Телефон: _____
Қорытынды _____ дейін жарамды

Приложение 12 к Правилам
оказания государственной услуги
ввоза на территорию
Республики Казахстан
лекарственных средств и
медицинских изделий
Форма

_____
(наименование уполномоченного органа)

Согласование и (или) заключение (разрешительный документ)
на ввоз незарегистрированных медицинских изделий

_____
(наименование уполномоченного органа)

Разрешает _____
(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) индивидуального предпринимателя,
полное наименование юридического лица,

_____
идентификационный номер (БИН, ИИН), адрес, телефон)

ввоз на территорию Республики Казахстан незарегистрированных в Республике Казахстан медицинских изделий согласно спецификации (приложению, инвойсу, счет-фактуре) № __ от "___" _____ 20__ года к контракту (договору), документу, подтверждающему гуманитарный характер груза № _____ от " __" _____ 20__ года, заключенному с фирмой _____, на следующие наименования:

Код ТНВЭД	№ п/п	Наименование медицинских изделий	Единица измерения	Количество	Наименование производителя и страны-производителя
1	2	3	4	5	6

Вышеуказанные медицинские изделия (количество наименований) предназначены для _____
(указать цель ввоза).

Должность уполномоченного лица _____
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____
подпись

Исполнитель: _____

Телефон: _____ Заключение действительно до: _____