**Форма заявки
о включении в перечень медицинских организаций, имеющих право проводить клинические и (или) клинико-лабораторные испытания (исследования) медицинских изделий с целью оценки их безопасности и клинической эффективности в целях регистрации\***

На бланке организации

В Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения

Славянская пл., д. 4, стр. 1,

Москва 109074

**Заявка**

**о внесении изменений в перечень медицинских организаций, имеющих право проводить клинические и (или) клинико-лабораторные испытания (исследования) медицинских изделий с целью оценки их безопасности и клинической эффективности в целях регистрации**

Заявитель

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Полное наименование, организационно-правовая форма медицинской организации |  |
| 2 | Сокращенное наименование\*\* медицинской организации |  |
| 3 | Идентификационный номер налогоплательщика |  |
| 4 | Место нахождения (адрес) медицинской организации |  |
| 5 | Контактный телефон, факс |  |
| 6 | Адрес электронной почты  |  |
| 7 | Адрес сайта в сети Интернет\*\* |  |
| 8 | Фамилия, имя, отчество\*\*, контактные данные руководителя медицинской организации |  |
| 9 | Тип испытаний (исследований) | * Клинические испытания (исследования)
* Клинико-лабораторные испытания (исследования) (за исключением интервенционное клиническое исследование эффективности)
* Клинико-лабораторные испытания (исследования) (в том числе интервенционное клиническое исследование эффективности)
 |
| 10 | Виды деятельности медицинской организации (с указанием адреса мест их осуществления) |
| 10.1 | Адрес места осуществления деятельности медицинской организации |  |
| Виды деятельности |  |
| 10.2 | … |  |
| … |  |

в лице ,

*Фамилия, имя, отчество (если имеется), должность руководителя организации*

действующего на основании ,

*(документ, подтверждающий полномочия)*

просит внести изменения в перечень учреждений, организаций и предприятий, имеющих право проводить клинические и (или) клинико-лабораторные испытания (исследования) медицинских изделий с целью оценки их безопасности и клинической эффективности в целях регистрации, в связи со следующим:

*указываются причины внесения изменений*

Заявитель

*Ф.И.О., подпись*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | г. М.П. |

*\* Данная форма носит рекомендательный характер*

*\*\* В случае если имеется.*