Оформляется на бланке заинтересованного лица

Министерство здравоохранения

Республики Беларусь

ЗАЯВЛЕНИЕ
на проведение инспектирования (фармацевтической инспекции) системы фармаконадзора

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование держателя регистрационного удостоверения)

просит провести инспектирование на предмет соответствия организации и функционирования системы фармаконадзора требованиям Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза в соответствии с планом инспектирования.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование держателя регистрационного удостоверения: |  |
| Место нахождения, телефон, факс, адрес электронной почты:  |  |
| Место(а) осуществления деятельности по фармаконадзору, телефон, факс, адрес электронной почты: |  |

Предлагаемый период проведения инспектирования:

с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, месяц, год)

по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата, месяц, год)

Особые ограничения в отношении фармацевтических инспекторов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(например, пол, иммунный статус и прочее)

К заявлению прилагаются: *(перечислить)*

Оплату за проведение инспектирования гарантируем.

Доставка инспекторов к месту инспектирования и обратно осуществляется держателем регистрационного удостоверения:
да □ нет □.

Проживание инспекторов обеспечивается держателем регистрационного удостоверения: да □ нет □.

Лицо, уполномоченное на подписание договора и осуществляющее оплату за проведение инспектирования:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование: |  |
| Место нахождения, телефон, факс, адрес электронной почты: |  |
| Банковские реквизиты:  |  |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), документ, подтверждающий полномочия: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (должность служащего)  | (подпись) | (инициалы (инициал собственного имени), фамилия) |

Лицо, ответственное за организацию инспектирования, уполномоченное на действие от лица держателя регистрационного удостоверения:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование: |  |
| Место нахождения, телефон, факс, адрес электронной почты: |  |
| Документ, подтверждающий полномочия: |  |
| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| (должность служащего)  | (подпись) | (инициалы (инициал собственного имени), фамилия) |

Дата составления заявления \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.