2.Сведения об оснащении медицинскими изделиями (оборудованием, аппаратами, приборами, инструментами) (далее – МИ)

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

(наименование заявителя)

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

 *(вид и адрес объекта)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Виды работ и услуг | №п/п | Вид, наименование МИ | Коли-чество(шт.) | Номер регистрационного удостоверения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Наименование МИ в его паспорте должно соответствовать наименованию в регистрационном удостоверении.

В таблицу вносятся сведения по каждому виду заявленных работ (услуг) по конкретному адресу места фактического осуществления деятельности.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Руководитель организации – заявителя / ИП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 (подпись) (Ф.И.О.)

 М.П.