

**Форма заявки на участие в валидации решения с целью оценки  
применимости и использования в рамках проекта по маркировке  
лекарственных препаратов для медицинского применения**

Просим заполнить анкету и указать полный перечень Ваших решений для валидации, реализуемых в Российской Федерации для субъектов обращения лекарственных препаратов в рамках проекта по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу за оборотом отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения.

1.	Наименование организации	
2.	Фактический адрес (страна, регион, город, улица, дом)	
3.	Контактное лицо от организации (ФИО, должность, телефон, e-mail)	
4.	Наименование организации, выполняющей функции авторизованного партнера в России (представительства)	
5.	Фактический адрес партнера (субъект РФ, город, улица, дом)	
6.	Контактное лицо от организации (ФИО, должность, телефон, e-mail)	
7.	Описание решения для валидации (предназначение, бренд, модели, габариты, общее описание комплектности поставки)	
8.	Местонахождение оборудования для валидации	

Заполненную заявку и бланк организации с указанными реквизитами просим направить на электронный адрес: [ufp@center-inform.ru](mailto:ufp@center-inform.ru).