

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ
от 3 декабря 2010 г. N 1073н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СВИДЕТЕЛЬСТВА ОБ АККРЕДИТАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ НА ПРАВО ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ**

В соответствии с пунктом 5 Правил аккредитации медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 сентября 2010 г. N 683 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 33, ст. 4697), приказываю:

Утвердить форму заявления о предоставлении свидетельства об аккредитации медицинской организации на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения согласно приложению.

Министр
Т.ГОЛИКОВА

Приложение

Форма

Заявление

о предоставлении свидетельства об аккредитации медицинской организации на право проведения клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения

В Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

1. От _____
(указываются полное и сокращенное наименования, организационно-правовая форма медицинской организации)

2. Место нахождения _____
и места осуществления медицинской деятельности

(указываются почтовые адреса места нахождения и мест осуществления медицинской деятельности, номера телефонов, телефаксов, адреса электронной почты медицинской организации)

3. Основной государственный регистрационный номер записи о государственной регистрации медицинской организации

(указываются ОГРН и реквизиты документа, подтверждающего внесение сведений о медицинской организации в Единый государственный реестр юридических лиц)

4. Идентификационный номер налогоплательщика

(указываются ИНН и реквизиты документа о постановке на учет
в налоговом органе)

Прошу предоставить свидетельство об аккредитации на право проведения
клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского
применения в целях:

1) установления безопасности лекарственных препаратов для здоровых
добровольцев и (или) переносимости их здоровыми добровольцами _____;

2) подбора оптимальных дозировок лекарственного препарата и курса
лечения для пациентов с определенным заболеванием, оптимальных доз и схем
вакцинации иммунобиологическими лекарственными препаратами здоровых
добровольцев _____;

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация подпунктов дана в соответствии с официальным текстом
документа.

4) изучения возможности расширения показаний для медицинского
применения и выявления ранее неизвестных побочных действий
зарегистрированных лекарственных препаратов _____.

(нужное указать)

Заявление составлено " __ " _____ 20__ г.

(наименование должности
руководителя медицинской
организации или
уполномоченного им лица)

(подпись руководителя
медицинской организации
или уполномоченного
лица)

(инициалы, фамилия
руководителя
медицинской
организации или
уполномоченного им
лица)

М.П.
