|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ по ред** | **Наименование на медицинските изделия /медицинско оборудване/, съгласно техническата спецификация** | **Производител на медицинското изделие /МО/ и държава на производство** | **Упълномощен представител по смисъла на чл. 10, ал. 2 от ЗМИ и неговото седалище /попълва се в случаите, когато има такъв представител/** | **Данни за вносителя на МИ /МО/ /попълва се в случаите, когато вносителят не е търговец на едро на МИ /МО/** | **Клас на МИ /МО/** | **Търговско наименование** | **Каталожен номер** | **Модел** | **Медицинското изделие подлежи на ремонт и сервиз и изисква редовно сервизиране/тестване/ проверка/ калибриране /попълва се в случаите на приложимост/** |  |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата: ………………………

Подпис и печат:

/Име и фамилия/