ДО ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯ ДИРЕКТОР
НА ИЗПЪЛНИТЕЛНАТА АГЕНЦИЯ
"МЕДИЦИНСКИ НАДЗОР"

ЗАЯВЛЕНИЕ

за внос на тъкани/клетки/тъканно-клетъчни алографт продукти за трансплантация или репродуктивни клетки за асистирана репродукция

Съдържа лични данни. Да се предпазва от неразрешено разкриване или достъп.

На основание чл. 38а, ал. 3 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, подавам заявление за издаване на разрешение за осъществяване на внос на

_____

От: _____

_____

(пълно наименование на лечебното заведение, телефон, факс, e-mail, код по указателя на Европейския съюз на лечебните заведения за работа с тъкани, интернет страница)

със седалище и адрес на управление: _____

осъществяващо лечебна дейност съгласно: _____

(наименование и номер на акта, по силата на който лечебното заведение осъществява лечебна дейност)

представлявано от: _____

(трите имена на лицето, представляващо лечебното заведение)

Тъкани/клетки/тъканно-клетъчни алографт продукти за трансплантация или репродуктивни клетки ще бъдат внесени от:

_____

_____

(държава; институцията (включително подизпълнителят/подизпълнителите), които предоставят тъкани/клетки/тъканно-клетъчни алографт продукти за трансплантация или репродуктивни клетки, телефон, факс, e-mail)

_____

(име на лицето, което представлява институцията, телефон, факс, e-mail)

_____

(вид и количество на тъканите/клетките/тъканно-клетъчни алографт продукти/репродуктивните клетки)

УИНД: _____ УИНР: _____

(уникален идентификационен номер на донора) *(уникален идентификационен номер на реципиента за тъкани и клетки)*

_____

_____

(за тъкани/клетки/тъканно-клетъчни алографт продукти: начин на обработка, преработка, етикетиране, съхраняване и транспортиране)

_____

(за репродуктивни клетки: начин на вземане, съхраняване и транспортиране)

Тъканите/клетките/тъканно-клетъчни алографт продукти или репродуктивните клетки ще се придружават от документи с данни за вирусологични, серологични и микробиологични изследвания.

(приложени документи _____)

_____

(имена на лицето, отговарящо за предаването на тъканите/клетките/тъканно-клетъчни алографт продукти/ репродуктивните клетки, телефон, факс, e-mail)

Условия, с които вносът е обвързан, ако има такива:

_____

Държави - членки на ЕС, в които ще се разпределят внесените тъкани, клетки, тъканно-клетъчни алографт продукти, репродуктивни клетки *(ако са известни)*:

_____

Заявявам желанието си издаденият индивидуален административен акт да бъде получен:

☐ чрез лицензиран пощенски оператор на адрес: гр./с. _____

_____

като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването му за вътрешни пощенски пратки, и съм съгласен документите да бъдат пренасяни за служебни цели.

Индивидуалният административен акт да бъде изпратен:

☐ като вътрешна препоръчана пощенска пратка

☐ като вътрешна куриерска пратка

☐ като международна препоръчана пощенска пратка

☐ по електронен път на електронен адрес _____

☐ Лично от звеното за административно обслужване;

Дата: _____

Ръководител на лечебното заведение: _____

Уникален номер на заявката: [ ]

Версия 1 Дата на създаване 15.07.2021 г.

State e-Government Agency Digitally signed by State e-Government Agency Date: 2021.07.15 09:29:58 +03'00'

Служи за уникално идентифициране на услугата при последващите действия по нейната обработка, заплащане и доставка (генерира се автоматично при подписване)