Российская Федерация

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток

имени И.И. Мечникова» (ФГБНУ НИИВС им. И.И. Мечникова)

Испытательная лаборатория

Уникальный номер записи в РАЛ: RA.RU.21АИ70

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

**Юридический адрес** 105064, Москва, Россия, Казенный Малый пер., д. 5а,

тел/факс: (495) 917-49-00, (495) 917-52-42

**Места осуществления деятельности ИЛ:**

1. 105064, г. Москва, пер. Казённый Малый, д.5а, стр.2

2. 105064, г. Москва, пер. Казённый Малый, д.5а, стр.10

3. 105064, г. Москва, пер. Казённый Малый, д.5а, стр.17

4. 115088, г. Москва, 1-я Дубровская ул, д.15, стр.1, этаж № 2: пом. VIII, ком. 1-13, 114-119, 119а, 120-122

**Акт сдачи-приемки образцов продукции,**

**поступивших с целью проведения испытаний**

от « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |
| --- |
| Основание Заявка о проведении испытаний  №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |
|  |

Мы, нижеподписавшиеся, с одной стороны, представитель ИЛ ФГБНУ НИИВС им.И.И. Мечникова (далее ИЛ)), в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф. И.О.)

с другой стороны, Представитель Заявителя, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование компании Заявителя)

В лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф. И.О.)

действующий на основании доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

составили настоящий акт в том, что Заявитель передал, а ИЛ приняла образцы

а)

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

(наименование ЛС/МИ, № серии)

Производства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование производителя Продукции, страна)

в количестве: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

количество, необходимое для проведения испытаний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия транспортирования согласно НД\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия транспортирования выполнены / не выполнены (нужное подчеркнуть)

в) дополнительные материалы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, количество, серия, срок годности, производитель)

Условия транспортирования согласно НД\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия транспортирования выполнены / не выполнены (нужное подчеркнуть)

Образцы лекарственных препаратов/медицинских изделий, оставшиеся после проведения испытаний и соответствующие установленным обязательным требованиям к их качеству, вернуть при обращении Заявителя: ДА /  НЕТ (нужное отметить).

От Испытательной лаборатории: От Заявителя:

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

(подпись) (Ф.И.О.) (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

\*для продукции требующих особых условий хранения, указанных в НД, при транспортировке представленного образца;

\*\*для дополнительных материалов, требующих особых условий хранения, указанных в НД (паспорте/сертификате), при транспортировке представленного материала