

**Образец заполнения платежного поручения на оплату государственной пошлины
за внесение изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье
медицинского изделия**

0401060

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №

01

Дата

Сумма
про-
писью

тысяч рублей 00 копеек

ИНН	КПП	Сумма	20000,00 (для класса 1); 30000,00 (для класса 2а); 40000,00 (для класса 2б); 55000,00 (для класса 3)			
Плательщик		Сч. №				
		БИК				
Банк плательщика		Сч. №				
ОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ БАНКА РОССИИ		БИК	044501002			
		Сч. №				
Банк получателя		Сч. №	40101810500000001901			
ИНН 7710537160	КПП 770901001	Вид оп.		Срок плат.		
МОУ ФК (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения л/сч 04951000600)		Наз. пл.		Очер.плат.		
Получатель		Код		Рез. поле		
06010807200010039110	45381000	0	0	0	0	ГП

Государственная пошлина за проведение экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинского изделия (в зависимости от класса потенциального риска его применения в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения) при внесении изменений в документы, содержащиеся в регистрационном досье медицинского изделия

Назначение платежа

Подписи

М.П.

