**Заявка на участие в рабочих группах и эксперименте по маркировке средствами идентификации медицинских изделий**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование организации | … |
| ИНН организации | … |
| Контактное лицо со стороны организации *(допускается указание нескольких лиц)* | * ФИО
* Должность
* Электронная почта
* Телефон
 |
| Тип участника оборота товаров *(допускается выбор нескольких типов участников)* | * Производители
* Импортеры
* Дистрибьюторы
* Розничная торговля
* Интернет-торговля
* ЛПУ или иное учреждение
* Разработчики/Интеграторы
* другое (указать свое наименование типа участника)
 |

*Заполненная заявка направляется участником эксперимента на электронную почту:* *medproducts@crpt.ru*