**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*](mailto:medproducts@crpt.ru)