Образец

**Заявление**

на выдачу подтверждения целевого назначения товаров, ввозимых на таможенную территорию Евразийского экономического союза в целях реализации государствами – членами Евразийского экономического союза мер, направленных на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV, принятыми Решением Совета Евразийской экономической комиссии от 16 марта 2020 года № 21

Прошу выдать подтверждения целевого назначения товаров, ввозимых на территорию Республики Казахстан лекарственных средств, медицинских изделий, предназначенных для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать цель ввоза).

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Заявитель |  |
| Юридический адрес заявителя |  |
| Телефон, электронная почта заявителя |  |
| Идентификационный номер (БИН, ИИН) (при наличии) заявителя |  |
| Поставщик |  |
| Юридический адрес поставщика |  |
| Телефон, электронная почта поставщика |  |
| Страна поставщика |  |
| Регион местонахождение получателя |  |
| Получатель (производитель, медицинская организация) |  |
| Юридический адрес получателя |  |
| Телефон, электронная почта получателя |  |
| Номер контракта (договора) |  |
| Дата контракта (договора) |  |
| Номер спецификации (приложения, инвойса, счет-фактуры) |  |
| Дата спецификации (приложения, инвойса, счет-фактуры) |  |
| Номер и дата выдачи лицензии (приложения к лицензии) на фармацевтическую деятельность |  |
| Номер и дата выдачи лицензии (приложения к лицензии) на медицинскую деятельность |  |
| Номер и дата выдачи талона государственного органа о приеме уведомления или уведомления с отметкой о приеме центром обслуживания населения на оптовую реализацию медицинских изделий |  |
| Таможенный орган, через который будет произведен ввоз |  |
| Валюта платежа |  |

Таблица 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ТН ВЭД ТС | Наименование товара | Серия (партия) | Концентрация (для лекарственных средств) | Дозировка (для лекарственных средств) | Форма выпуска |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Таблица 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Единица измерения | Количество | Цена за ед. в валюте платежа | Сумма в валюте платежа | Производитель | Страна-производитель |
|  |  |  |  |  |  |

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                     Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Образец

**Целевое подтверждение**

**товаров, ввозимых на таможенную территорию Евразийского экономического союза в целях реализации государствами – членами Евразийского экономического союза мер, направленных   
на предупреждение и предотвращение распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
                        (наименование уполномоченного органа)  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) индивидуального  
      предпринимателя, полное наименование юридического лица),  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (идентификационный номер (БИН, ИИН), адрес, телефон)  
следующие наименования:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код ТНВЭД | №п/п | Наименование лекарственного средства (лекарственная форма), медицинского изделия | Единица измерения | Количество | Наименование производителя и страны производителя | Стоимость | Цель ввозимого товара | Организация осуществляющая ввоз |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Вышеуказанные лекарственные средства, медицинские изделия предназначены для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(указать цель ввоза), для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ производителя, медицинской организации (указать наименование организации)   
  
Должность уполномоченного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
подпись  
Исполнитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Целевого подтверждения является разовым: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_