



ECHIPAMED

P L U S

Moldova, MD - 2001, Chisinau, str. Valea Trandafirilor 24 "B", of. 2-7
tel. +373 (22) 234 349, 234 225; fax +373 (22) 234 225
e-mail: office@echipamed.com, info@echipamed.com

Nr. **41-23**
din **15.11.2023**

*Către Agenția Medicamentului
și Dispozitivelor Medicale*

Notificare

**pentru înregistrarea dispozitivelor medicale în Registrul de stat
al dispozitivelor medicale**

Solicitantul **„Echipamed-Plus” SRL**, cu sediul str. Valea Trandafirilor 24B, of.2-7, MD-2001, mun. Chișinău, Republica Moldova, tel./fax: 022 23-42-25, e-mail: office@echipamed.com, solicită înregistrarea în Registrul de stat al dispozitivelor medicale a următoarelor categorii și tipuri de dispozitive medicale pentru introducerea și punerea la dispoziție pe piață a:

Nr	Denumire	Denumire comercială	Model	Nr. de Cat.
1	REAGENT MONOCLONAL PENTRU DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE	Anti-A, monoclonal	1x10 ml	B05405
2	REAGENT MONOCLONAL PENTRU DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE	Anti-B, monoclonal	1x10 ml	B05406
3	REAGENT MONOCLONAL PENTRU DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE	Anti-AB, monoclonal	1x10 ml	B05407
4	REAGENT MONOCLONAL PENTRU DETERMINAREA GRUPEI SANGUINE	Anti-D (IgM/IgG), monoclonal	1x10 ml	B05408

Se anexează următoarele acte:

1. Declarații de conformitate CE.
2. Declarații de la producător privind desemnarea reprezentantului.
3. Declarație pe proprie răspundere.

Data 15.11.2023

Semnătura _____

Tabelul de recepționare a notificării

(se completează de către Agenție în momentul depunerii notificării de către solicitant)

Comentarii cu privire la acceptul/refuzul recepționării notificării, inclusiv motivul refuzului	
Data/nr. de ordine atribuit notificării de către Agenție (în cazul acceptării recepționării)	
Numele, prenumele, funcția persoanei responsabile de recepționarea dosarului	
Semnătura persoanei responsabile	