

**Образец заполнения платежного поручения на оплату государственной пошлины
за проведение экспертизы качества, эффективности и безопасности
медицинского изделия при его государственной регистрации**

0401060

Поступ. в банк плат.

Списано со сч. плат.

ПЛАТЕЖНОЕ ПОРУЧЕНИЕ №

Дата

01

Сумма
про-
писью

тысяч рублей 00 копеек

ИНН	КПП	Сумма	72000,00 (для класса 1); 104000,00 (для класса 2а); 136000,00 (для класса 2б); 184000,00 (для класса 3)			
Платательщик		Сч. №				
		БИК				
Банк плательщика		Сч. №				
ОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕПАРТАМЕНТ БАНКА РОССИИ//Межрегиональное операционное УФК г. Москва		БИК	024501901			
Банк получателя		Сч. №	40102810045370000002			
ИНН 7710537160	КПП 770901001	Сч. №	03100643000000019500			
МОУ ФК (Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения л/сч 04951000600)		Вид оп.			Срок плат.	
		Наз. пл.			Очер.плат.	
Получатель		Код			Рез. поле	
06010807200010038110	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 его государственной регистрации (указать какого)

Назначение платежа

Подписи

М.П.

