

Įmonės pavadinimas \_\_\_\_\_  
 Nurodyti ar gamintojas ar gamintojo atstovas \_\_\_\_\_  
 Reg. adresas: \_\_\_\_\_  
 Korespondencijos adresas: \_\_\_\_\_  
 Tel./faks.: \_\_\_\_\_  
 El. paštas: \_\_\_\_\_  
 Įm. kodas: \_\_\_\_\_  
 PVM kodas: \_\_\_\_\_  
 Įmonės vadovas \_\_\_\_\_  
 A/s: \_\_\_\_\_  
 Banko pavadinimas: \_\_\_\_\_  
 Banko kodas: \_\_\_\_\_

Paskelbtosios (notifikuotos) įstaigos  
 UAB Sertifikavimo centro SERTIKA  
 direktoriui P. Dambrauskui  
 Savanorių pr. 271-253, LT-50131 Kaunas  
 Tel./faks. +370 (37) 31 44 34

**PARAIŠKA**  
200-\_\_ - \_\_

Prašome atlikti

(gaminio pavadinimas, kiekis)
(tipas / modelis)
(gamintojas, jo adresas (pildoma, jeigu pareiškėjas yra įgaliotasis atstovas))
(nustatyta medicinos prietaiso klasė)
(klasės nustatymui panaudota Lietuvos medicinos normos MN4:2001 IX priedo taisyklė)

<b>EB TIPO TYRIMĄ</b> pagal Lietuvos medicinos normos MN4:2001 "Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas" 3 priedą
---

Bandymus atlikti pagal _____
(standartas ar kitas normatyvinis dokumentas)
Bandymų protokolo kalba: _____ lietuvių _____ anglų

Prie paraiškos pateikiame dokumentaciją, išvardintą šios paraiškos priede	
Bandomąjį pavyzdį pateiksime	200.....m.....d.

Darbų apmokėjimą garantuojame.

**Įmonės atstovas**

\_\_\_\_\_ (pareigos) \_\_\_\_\_ (v. pavardė) \_\_\_\_\_ (parašas)

**Kontaktuojantis asmuo**

\_\_\_\_\_ (v. pavardė) \_\_\_\_\_ (tel. / faks., el. paštas)