

قابل توجه شرکتهای مشمول طرح ثبت اطلاعات و تجهیزات پزشکی

در صورت مشاهده هر گونه اشکال در اطلاعات ثبت شده در سایت، فرم ذیل را تکمیل نموده و به پست الکترونیک این اداره کل (mde@imed.ir) ارسال نمایید.

اداره کل تجهیزات پزشکی درخواستهای دریافتی را در اسرع وقت بررسی و نتیجه را به متقاضیان اعلام خواهد نمود.

فرم درخواست اصلاح اطلاعات ثبت شده

| موارد زیر حتماً تکمیل گردد | |
|----------------------------|--|
| نام شرکت نمایندگی | |
| نام کمپانی سازنده | |
| شماره شناسه شرکت نمایندگی | |

۱-لطفاً اصلاحات مورد نظر خود را در قسمتهای تعیین شده وارد نمایید

| عنوانی که باید درج شود | عنوانی که در سایت ثبت شده است | شماره ثبت وسیله | |
|------------------------|-------------------------------|-----------------|-------------------|
| | | | نام کمپانی سازنده |
| | | | نام کشور سازنده |
| | | | نام فارسی وسیله |
| | | | نام انگلیسی وسیله |
| | | | شماره کاتالوگ |
| | | | کد UMDNS |

۲- لطفا توضیحات فنی را که بایستی حذف، اصلاح یا اضافه گردد، با ذکر شماره ثبت آن وسیله، در قسمت ذیل وارد نمایید.

۳- سایر موارد

نام و سمت تکمیل کننده :

تاریخ :

مهر و امضا :