**ДЕПАРТАМЕНТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

# РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ
**МИ-KG-3147**

В соответствии с №73 от 20.03.2024 г
*(номер и дата приказа ДЛС и МИ МЗ КР)*

Настоящее регистрационное удостоверение выдано:
**Межрегиональная благотворительная общественная организация инвалидов «Общество больных гемофилией» (МБООИ «Общество больных гемофилией»), Россия, 125167, г. Москва, ул. Нарышкинская аллея, д.5, стр. 2**
*(полное наименование и страна производителя, включая место нахождения (адрес) юридического лица)*

**Межрегиональная благотворительная общественная организация инвалидов «Общество больных гемофилией» (МБООИ «Общество больных гемофилией»), Россия, 125212, г. Москва, ул.Адмирала Макарова, д.4, стр. 2**
*(полные наименования производственных площадок, включая место нахождения (адрес) юридического лица)*

**ОсОО «Юнит-Реактив-Фарма», Кыргызская Республика, 720016, г. Бишкек, ВДНХ, СЭЗ «Бишкек», пр. Ч.Айтматова, д. 303**
*(наименование уполномоченного представителя производителя на территории КР, включая место нахождения (адрес) юридического лица)*

в том, что **Набор реагентов для определения тромбинового времени (Тромбин-тест)**
*(полное наименование медицинского изделия)*

класс потенциального риска применения медицинского изделия: **2а**

вид медицинского изделия в соответствии с Глобальной номенклатурой медицинских изделий: **Тромбиновое время ИВД, набор, анализ образования сгустка** зарегистрировано и разрешено к выпуску в обращение на территории Кыргызской Республики.

Перечень комплектующих, принадлежностей и расходных материалов к модификации медицинского изделия приведен в приложении к настоящему регистрационному удостоверению на **1 л.**

Приложение является неотъемлемой частью настоящего регистрационного удостоверения.

Срок действия регистрационного удостоверения: **бессрочно**

Дата регистрации: **«20» марта 2024 г.**

Дата внесения изменений: «____»_____20___г.

**Заместитель директора Бекбоев К.Т.**
*(Ф.И.О. руководителя (уполномоченного лица) уполномоченного органа)*

_____М.П.
*(подпись)*

0004994

**Приложение к регистрационному удостоверению**

**МИ-KG-3147**

| № п/п | Наименование составных частей медицинского изделия |
|---|---|
| 1. | Основные блоки (части) медицинского изделия:<br>Набор реагентов для определения тромбинового времени (Тромбин-тест):<br>1. Тромбин человека, лиофильно высушенный – 1,0 мл во флаконе - 2 флакона;<br>2. Раствор стабилизатора тромбина – этиленгликоля – 1,0 мл во флаконе - 1 флакон. |
| 2. | Принадлежности (при наличии) |
| 3. | Расходные материалы (при наличии) |
| 4. | Комплектующие (при наличии) |

**Заместитель директора Бекбоев К.Т.**
*(Ф.И.О. руководителя (уполномоченного лица) уполномоченного органа)*

_____М.П.
*(подпись)*

**«20» марта 2024 г.**

0009053