**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254664-21/В-02 від 24.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **L-аргініну L-аспартат, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254664-21/В-02 від 24.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **L-аргініну L-аспартат, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254664-21/В-02 від 24.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **L-аргініну L-аспартат, порошок або гранули (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254785-21/З-128, 254786-21/З-128, 254787-21/З-128, 254788-21/З-128 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВАМІС™, спрей назальний, суспензія, дозований, 27,5 мкг/дозу; по 30 або по 120 доз у флаконі з дозуючим пристроєм та розпилювачем і ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254785-21/З-128, 254786-21/З-128, 254787-21/З-128, 254788-21/З-128 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВАМІС™, спрей назальний, суспензія, дозований, 27,5 мкг/дозу; по 30 або по 120 доз у флаконі з дозуючим пристроєм та розпилювачем і ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254785-21/З-128, 254786-21/З-128, 254787-21/З-128, 254788-21/З-128 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВАМІС™, спрей назальний, суспензія, дозований, 27,5 мкг/дозу; по 30 або по 120 доз у флаконі з дозуючим пристроєм та розпилювачем і ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252894-21/З-130, 252895-21/З-130, 252896-21/З-130, 252897-21/З-130, 252898-21/З-130, 252899-21/З-130, 252900-21/З-130, 252901-21/З-130 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВЕЛОКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252894-21/З-130, 252895-21/З-130, 252896-21/З-130, 252897-21/З-130, 252898-21/З-130, 252899-21/З-130, 252900-21/З-130, 252901-21/З-130 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВЕЛОКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252894-21/З-130, 252895-21/З-130, 252896-21/З-130, 252897-21/З-130, 252898-21/З-130, 252899-21/З-130, 252900-21/З-130, 252901-21/З-130 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АВЕЛОКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261445-21/З-97 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Адаптол®, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261445-21/З-97 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Адаптол®, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261445-21/З-97 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Адаптол®, капсули по 300 мг, по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257842-21/В-50 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азимед®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257842-21/В-50 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азимед®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257842-21/В-50 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азимед®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 3 або 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261181-21/В-135 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азицин®, капсули по 250 мг; по 6 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261181-21/В-135 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азицин®, капсули по 250 мг; по 6 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261181-21/В-135 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Азицин®, капсули по 250 мг; по 6 капсул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259564-21/З-132, 259565-21/З-132, 259566-21/З-132, 264430-21/З-50 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алвобак , порошок для розчину для ін'єкцій, по 1 г, 1 флакон з порошком у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259564-21/З-132, 259565-21/З-132, 259566-21/З-132, 264430-21/З-50 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алвобак , порошок для розчину для ін'єкцій, по 1 г, 1 флакон з порошком у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259564-21/З-132, 259565-21/З-132, 259566-21/З-132, 264430-21/З-50 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алвобак , порошок для розчину для ін'єкцій, по 1 г, 1 флакон з порошком у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258866-21/З-88, 258898-21/З-88 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Алунбриг®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці;по 90 мг; по 180 мг; по 7 таблеток у блістері по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Такеда Фарма А/С, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251381-21/З-126 від 27.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альдуразим®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл; № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251381-21/З-126 від 27.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альдуразим®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл; № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251381-21/З-126 від 27.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альдуразим®, концентрат для розчину для інфузій, 100 ОД/мл; № 1: по 5 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260336-21/В-128, 260337-21/В-128, 260338-21/В-128 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Альфарекін®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 млн МО або по 3 млн МО; 10 флаконів з ліофілізатом у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом в комплекті з 1 ампулою розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці; 5 флаконів з ліофілізатом в комплекті з 5 ампулами розчинника (вода для ін'єкцій) по 2 мл у пластиковій касеті; по 1 пластиковій касеті в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **240682-20/З-118 від 12.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аміостеді, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **240682-20/З-118 від 12.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аміостеді, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **240682-20/З-118 від 12.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аміостеді, таблетки по 200 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257760-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангі Септ Др. Тайсс, льодяники зі смаком вишні; льодяники зі смаком обліпихи; льодяники зі смаком шавлії; льодяники зі смаком меду; льодяники зі смаком лимона по 12 льодяників у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259376-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангін-Хеель С, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259376-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангін-Хеель С, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259376-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ангін-Хеель С, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253663-21/В-02 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аргілайф , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253663-21/В-02 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аргілайф , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253663-21/В-02 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аргілайф , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **234736-20/З-02 від 14.05.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Артрокол, гель, 25 мг/г по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **234736-20/З-02 від 14.05.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Артрокол, гель, 25 мг/г по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **234736-20/З-02 від 14.05.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Артрокол, гель, 25 мг/г по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259440-21/З-124 від 11.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аспірин Кардіо®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259440-21/З-124 від 11.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аспірин Кардіо®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259440-21/З-124 від 11.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аспірин Кардіо®, таблетки, вкриті кишковорозчинною оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2, по 4 або по 7 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Байєр Консьюмер Кер АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258420-21/З-135 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Астер 1000, таблетки по 1000 мг/130 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній пачці;** | |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258420-21/З-135 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Астер 1000, таблетки по 1000 мг/130 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній пачці;** | |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258420-21/З-135 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Астер 1000, таблетки по 1000 мг/130 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній пачці;** | |
| **Заявник** | **"Ксантіс Фарма Лімітед", Кіпр** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254929-21/З-60, 254930-21/З-60, 254931-21/З-60, 255191-21/З-60, 255192-21/З-60, 255193-21/З-60, 255194-21/З-60, 255195-21/З-60 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Атма®, краплі оральні; по 20 мл або по 50 мл, або по 100 мл у флаконі-крапельниці з маркуванням українською та англійською мовами; по 1 флакону-крапельниці у картонній упаковці з маркуванням українською, англійською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Ріхард Біттнер АГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254929-21/З-60, 254930-21/З-60, 254931-21/З-60, 255191-21/З-60, 255192-21/З-60, 255193-21/З-60, 255194-21/З-60, 255195-21/З-60 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Атма®, краплі оральні; по 20 мл або по 50 мл, або по 100 мл у флаконі-крапельниці з маркуванням українською та англійською мовами; по 1 флакону-крапельниці у картонній упаковці з маркуванням українською, англійською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Ріхард Біттнер АГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254929-21/З-60, 254930-21/З-60, 254931-21/З-60, 255191-21/З-60, 255192-21/З-60, 255193-21/З-60, 255194-21/З-60, 255195-21/З-60 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Атма®, краплі оральні; по 20 мл або по 50 мл, або по 100 мл у флаконі-крапельниці з маркуванням українською та англійською мовами; по 1 флакону-крапельниці у картонній упаковці з маркуванням українською, англійською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Ріхард Біттнер АГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263050-21/З-06 від 17.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аффида для дітей, суспензія оральна з абрикосовим смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263050-21/З-06 від 17.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аффида для дітей, суспензія оральна з абрикосовим смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263050-21/З-06 від 17.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Аффида для дітей, суспензія оральна з абрикосовим смаком, 100 мг/5 мл; по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в комплекті зі шприцом-дозатором у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261119-21/З-61 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ацетилцистеїн, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Мьохс Каталана, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261119-21/З-61 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ацетилцистеїн, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Мьохс Каталана, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261119-21/З-61 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ацетилцистеїн, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Мьохс Каталана, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255861-21/В-133 від 13.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг, по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255861-21/В-133 від 13.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг, по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255861-21/В-133 від 13.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **АЦЕТИЛЦИСТЕЇН, порошок для орального розчину, 600 мг, по 3 г порошку у саше, по 20 саше в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тернофарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261350-21/В-61 від 16.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бальзамічний лінімент (за Вишневським), лінімент по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261350-21/В-61 від 16.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бальзамічний лінімент (за Вишневським), лінімент по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261350-21/В-61 від 16.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бальзамічний лінімент (за Вишневським), лінімент по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260478-21/З-135, 260480-21/З-135 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БАНБАКТ®, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260478-21/З-135, 260480-21/З-135 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БАНБАКТ®, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260478-21/З-135, 260480-21/З-135 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БАНБАКТ®, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у стрипі; по 1 стрипу у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257640-21/З-130, 257641-21/З-130 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Біциклол, таблетки по 25 мг; по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **Бейджінг Юніон Фармасьютікал Фекторі, Китай** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257640-21/З-130, 257641-21/З-130 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Біциклол, таблетки по 25 мг; по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **Бейджінг Юніон Фармасьютікал Фекторі, Китай** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257640-21/З-130, 257641-21/З-130 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Біциклол, таблетки по 25 мг; по 9 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **Бейджінг Юніон Фармасьютікал Фекторі, Китай** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260827-21/З-86 від 08.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БлокМАКС для дітей, суспензія оральна, 100 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірним шприцом у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260827-21/З-86 від 08.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БлокМАКС для дітей, суспензія оральна, 100 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірним шприцом у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260827-21/З-86 від 08.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **БлокМАКС для дітей, суспензія оральна, 100 мг/5 мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірним шприцом у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262680-21/З-134 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бронхо Балм, бальзам по 30 г у банці з маркуванням українською мовою; по 1 банці в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Ментолатум Компані Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262680-21/З-134 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бронхо Балм, бальзам по 30 г у банці з маркуванням українською мовою; по 1 банці в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Ментолатум Компані Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262680-21/З-134 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Бронхо Балм, бальзам по 30 г у банці з маркуванням українською мовою; по 1 банці в картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Ментолатум Компані Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262924-21/В-66 від 13.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Вазостат-Здоров'я, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259920-21/В-116 від 17.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259920-21/В-116 від 17.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259920-21/В-116 від 17.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261327-21/В-135 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261327-21/В-135 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261327-21/В-135 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Валіскін, мазь 40 % по 50 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону;** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257624-21/З-100 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРІЛРИКС™ / VARILRIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 дозі; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (вода для ін'єкцій) в пластиковому контейнері в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом та 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (вода для ін'єкцій) у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері в картонній коробці; 100 флаконів з ліофілізатом та 100 ампул з розчинником (вода для ін'єкцій) (в чарунковій упаковці) в окремих картонних коробках. Маркування українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257624-21/З-100 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРІЛРИКС™ / VARILRIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 дозі; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (вода для ін'єкцій) в пластиковому контейнері в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом та 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (вода для ін'єкцій) у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері в картонній коробці; 100 флаконів з ліофілізатом та 100 ампул з розчинником (вода для ін'єкцій) (в чарунковій упаковці) в окремих картонних коробках. Маркування українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257624-21/З-100 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРІЛРИКС™ / VARILRIX™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРЯНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 1 дозі; 1 флакон з ліофілізатом та 1 ампула з розчинником (вода для ін'єкцій) в пластиковому контейнері в картонній коробці; 1 флакон з ліофілізатом та 1 попередньо наповнений шприц з розчинником (вода для ін'єкцій) у комплекті з двома голками в пластиковому контейнері в картонній коробці; 100 флаконів з ліофілізатом та 100 ампул з розчинником (вода для ін'єкцій) (в чарунковій упаковці) в окремих картонних коробках. Маркування українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259997-21/З-66 від 22.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРФАРИН ОРІОН, таблетки по 5 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі з водопоглинаючою капсулою; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259997-21/З-66 від 22.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРФАРИН ОРІОН, таблетки по 5 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі з водопоглинаючою капсулою; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259997-21/З-66 від 22.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВАРФАРИН ОРІОН, таблетки по 5 мг; по 30 або по 100 таблеток у флаконі з водопоглинаючою капсулою; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259144-21/З-134 від 08.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Венофер®, розчин для внутрішньовенних ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Віфор (Інтернешнл) Інк., Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259144-21/З-134 від 08.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Венофер®, розчин для внутрішньовенних ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Віфор (Інтернешнл) Інк., Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259144-21/З-134 від 08.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Венофер®, розчин для внутрішньовенних ін'єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Віфор (Інтернешнл) Інк., Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251930-21/З-100 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВЕРОРАБ® / VERORAB Вакцина антирабічна інактивована суха, порошок та розчинник для приготування суспензії для ін'єкцій, не менше 2,5 МО/доза; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251930-21/З-100 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВЕРОРАБ® / VERORAB Вакцина антирабічна інактивована суха, порошок та розчинник для приготування суспензії для ін'єкцій, не менше 2,5 МО/доза; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251930-21/З-100 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ВЕРОРАБ® / VERORAB Вакцина антирабічна інактивована суха, порошок та розчинник для приготування суспензії для ін'єкцій, не менше 2,5 МО/доза; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 1 флакону з порошком (1 доза) та 1 попередньо заповненому шприцу (0,5 мл), що містить розчинник, в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 5 флаконів з порошком (1 доза) у комплекті з розчинником (0,4 % розчин натрію хлориду) в ампулах по 0,5 мл № 5 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в картонній упаковці з маркуванням українською мовою; по 10 флаконів з порошком та по 10 попередньо заповнених шприців (0,5 мл), що містять розчинник (0,4 % розчин натрію хлориду), в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261201-21/З-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Візипак, розчин для ін'єкцій, 270 мг йоду/мл; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 320 мг йоду/мл; по 20 мл, або по 50 мл, або по 100 мл, або по 200 мл, або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257825-21/З-84 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Віреад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257825-21/З-84 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Віреад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257825-21/З-84 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Віреад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконах; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Гілеад Сайєнсиз, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262991-21/З-60 від 16.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Габапентин, Кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Гетеро Драгз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262991-21/З-60 від 16.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Габапентин, Кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Гетеро Драгз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262991-21/З-60 від 16.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Габапентин, Кристалічний порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Гетеро Драгз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259375-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гастрикумель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259375-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гастрикумель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259375-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гастрикумель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262125-21/З-123 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM Вакцина для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент), гепатиту В рекомбінантна, поліомієліту інактивована та захворювань, спричинених Haemophilus типу b кон'югована, адсорбована, рідка , Суспензія для ін’єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262125-21/З-123 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM Вакцина для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент), гепатиту В рекомбінантна, поліомієліту інактивована та захворювань, спричинених Haemophilus типу b кон'югована, адсорбована, рідка , Суспензія для ін’єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262125-21/З-123 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕКСАКСИМ® / HEXAXIM Вакцина для профілактики дифтерії, правця, кашлюку (ацелюлярний компонент), гепатиту В рекомбінантна, поліомієліту інактивована та захворювань, спричинених Haemophilus типу b кон'югована, адсорбована, рідка , Суспензія для ін’єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.** | |
| **Заявник** | **Санофі Пастер, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257567-21/З-124, 257568-21/З-124, 257569-21/З-124, 257570-21/З-124, 257571-21/З-124 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гексаліз, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері;  по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257567-21/З-124, 257568-21/З-124, 257569-21/З-124, 257570-21/З-124, 257571-21/З-124 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гексаліз, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері;  по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257567-21/З-124, 257568-21/З-124, 257569-21/З-124, 257570-21/З-124, 257571-21/З-124 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гексаліз, таблетки для розсмоктування по 10 таблеток у блістері;  по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Лабораторії Бушара Рекордаті, Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253982-21/З-94, 253983-21/З-94, 253984-21/З-94 від 10.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гемцитабін "Ебеве", концентрат для розчину для інфузій, 40 мг/мл, по 5 мл (200 мг), або по 25 мл (1000 мг), або по 50 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253982-21/З-94, 253983-21/З-94, 253984-21/З-94 від 10.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гемцитабін "Ебеве", концентрат для розчину для інфузій, 40 мг/мл, по 5 мл (200 мг), або по 25 мл (1000 мг), або по 50 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253982-21/З-94, 253983-21/З-94, 253984-21/З-94 від 10.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Гемцитабін "Ебеве", концентрат для розчину для інфузій, 40 мг/мл, по 5 мл (200 мг), або по 25 мл (1000 мг), або по 50 мл (2000 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ЕБЕВЕ Фарма Гес.м.б.Х. Нфг.КГ, Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249054-20/В-98 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕПАРИН-ІНДАР, розчин для ін'єкцій, 5000 МО/мл; по 5 мл (25000 МО) у флаконі; по 1 або по 5, або по 100 флаконів у пачці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "По виробництву інсулінів"ІНДАР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249054-20/В-98 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕПАРИН-ІНДАР, розчин для ін'єкцій, 5000 МО/мл; по 5 мл (25000 МО) у флаконі; по 1 або по 5, або по 100 флаконів у пачці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "По виробництву інсулінів"ІНДАР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249054-20/В-98 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЕПАРИН-ІНДАР, розчин для ін'єкцій, 5000 МО/мл; по 5 мл (25000 МО) у флаконі; по 1 або по 5, або по 100 флаконів у пачці з маркуванням українською та англійською мовами** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "По виробництву інсулінів"ІНДАР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255005-21/З-114, 255010-21/З-114, 259097-21/З-36 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255005-21/З-114, 255010-21/З-114, 259097-21/З-36 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255005-21/З-114, 255010-21/З-114, 259097-21/З-36 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ГЛЮКОФАЖ XR, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Санте с.а.с., Францiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261860-21/В-66 від 26.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грипоцитрон Кідс Оранж, Порошок для орального розчину, по 4 г порошку в пакеті; по 5 або 10 пакетів у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261860-21/В-66 від 26.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грипоцитрон Кідс Оранж, Порошок для орального розчину, по 4 г порошку в пакеті; по 5 або 10 пакетів у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261860-21/В-66 від 26.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грипоцитрон Кідс Оранж, Порошок для орального розчину, по 4 г порошку в пакеті; по 5 або 10 пакетів у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259374-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грип-Хеель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259374-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грип-Хеель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259374-21/З-60 від 10.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Грип-Хеель, таблетки; по 50 таблеток у контейнері поліпропіленовому; по 1 контейнеру в коробці з картону з маркуванням українською та латинською мовами;** | |
| **Заявник** | **Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258398-21/В-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Деквалінію хлорид, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258398-21/В-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Деквалінію хлорид, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258398-21/В-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Деквалінію хлорид, порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260711-21/З-96 від 06.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дексил, розчин для ін`єкцій 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **СКАН БІОТЕК ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260711-21/З-96 від 06.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дексил, розчин для ін`єкцій 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **СКАН БІОТЕК ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260711-21/З-96 від 06.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дексил, розчин для ін`єкцій 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **СКАН БІОТЕК ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260797-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Демотон-Б НЕО, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулах; по 10 ампул в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260797-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Демотон-Б НЕО, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулах; по 10 ампул в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260797-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Демотон-Б НЕО, розчин для ін'єкцій по 2 мл в ампулах; по 10 ампул в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254905-21/В-132 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Де-Спан®, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254905-21/В-132 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Де-Спан®, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254905-21/В-132 від 30.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Де-Спан®, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті у пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у касеті; по 2 касети у пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255800-21/З-86, 255801-21/З-86, 255802-21/З-86 від 12.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Дифлазон®, капсули по 50 мг по 100 мг по 150 мг; по 50 мг по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 100 мг по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; по 150 мг по 1, 2 або 4 капсули у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260761-21/В-118 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаліпон®, розчин для інфузій 3 % по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у пачці з картону; по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260761-21/В-118 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаліпон®, розчин для інфузій 3 % по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у пачці з картону; по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260761-21/В-118 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаліпон®, розчин для інфузій 3 % по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 або по 10 ампул у пачці з картону; по 10 мл або по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258430-21/В-133, 258431-21/В-133, 258432-21/В-133, 258433-21/В-133 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Діаформін®, таблетки по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261945-21/В-97 від 27.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Екзо-тіфін, крем, 10 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261945-21/В-97 від 27.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Екзо-тіфін, крем, 10 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261945-21/В-97 від 27.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Екзо-тіфін, крем, 10 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259832-21/В-06 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ельптан, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 3 таблетки у блістері; по 1 блістеру в пачці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256157-21/З-130, 256158-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есмія, таблетки, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 6  блістерів (у комплекті з інструкцією для медичного застосування та Картою пацієнта, яка вкладена у білий картонний конверт без маркування) у картонній упаковці з маркуванням українською і англійською мовами** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256157-21/З-130, 256158-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есмія, таблетки, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 6  блістерів (у комплекті з інструкцією для медичного застосування та Картою пацієнта, яка вкладена у білий картонний конверт без маркування) у картонній упаковці з маркуванням українською і англійською мовами** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256157-21/З-130, 256158-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есмія, таблетки, по 5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 або по 6  блістерів (у комплекті з інструкцією для медичного застосування та Картою пацієнта, яка вкладена у білий картонний конверт без маркування) у картонній упаковці з маркуванням українською і англійською мовами** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262267-21/З-02 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспа-Карб®, таблетки по 10 мг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262267-21/З-02 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспа-Карб®, таблетки по 10 мг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262267-21/З-02 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспа-Карб®, таблетки по 10 мг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **еспарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261687-21/З-133, 261688-21/З-133, 261689-21/З-133 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Еспіро , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 1, по 2, по 3, по 5 або по 9 блістерів в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255988-21/В-60 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есцинова сіль 2,6 - діаміногексанової кислоти, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255988-21/В-60 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есцинова сіль 2,6 - діаміногексанової кислоти, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255988-21/В-60 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Есцинова сіль 2,6 - діаміногексанової кислоти, порошок (субстанція) у банках для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254156-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЕТОРИКОКСИБ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254156-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЕТОРИКОКСИБ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254156-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЕТОРИКОКСИБ, порошок (субстанція) у поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253006-21/З-124, 253008-21/З-124, 254579-21/З-124 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Зокор®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253006-21/З-124, 253008-21/З-124, 254579-21/З-124 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Зокор®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253006-21/З-124, 253008-21/З-124, 254579-21/З-124 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Зокор®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252929-21/З-126, 253007-21/З-124, 254486-21/З-126 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЗОКОР® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252929-21/З-126, 253007-21/З-124, 254486-21/З-126 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЗОКОР® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252929-21/З-126, 253007-21/З-124, 254486-21/З-126 від 24.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЗОКОР® ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250085-20/В-94, 250086-20/В-94, 250088-20/В-94, 250089-20/В-94, 250092-20/В-94, 250096-20/В-94 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ібупрофен-Дарниця, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250085-20/В-94, 250086-20/В-94, 250088-20/В-94, 250089-20/В-94, 250092-20/В-94, 250096-20/В-94 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ібупрофен-Дарниця, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250085-20/В-94, 250086-20/В-94, 250088-20/В-94, 250089-20/В-94, 250092-20/В-94, 250096-20/В-94 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ібупрофен-Дарниця, таблетки по 200 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255060-21/В-96, 255061-21/В-96 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій по 100 мл, або 200 мл, або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255060-21/В-96, 255061-21/В-96 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій по 100 мл, або 200 мл, або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255060-21/В-96, 255061-21/В-96 від 31.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій по 100 мл, або 200 мл, або 250 мл, або 400 мл, або 500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261090-21/В-96 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій, по 100 мл, або 200 мл, або  250 мл, або  400 мл, або  500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261090-21/В-96 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій, по 100 мл, або 200 мл, або  250 мл, або  400 мл, або  500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261090-21/В-96 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ізосол, розчин для інфузій, по 100 мл, або 200 мл, або  250 мл, або  400 мл, або  500 мл у контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261128-21/З-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кальцію хлорид дигідрат, порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261128-21/З-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кальцію хлорид дигідрат, порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261128-21/З-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кальцію хлорид дигідрат, порошок (субстанція) у мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **АТ "ИМКоФарма", Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244756-20/З-116 від 02.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Канавіт, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ББ Фарма а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244756-20/З-116 від 02.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Канавіт, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ББ Фарма а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244756-20/З-116 від 02.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Канавіт, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 1 мл в ампулі коричневого скла; по 5 ампул вміщують в упаковку з плівки PVC; по 1 пластиковій упаковці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ББ Фарма а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255435-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Капевіста, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів в пачці з картону; по 500 мг по 10 таблеток у блістері; по 12 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256391-21/З-88 від 21.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245260-20/З-88 від 13.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кардикет® ретард, таблетки пролонгованої дії по 20 мг, 40 мг по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261227-21/В-128, 261228-21/В-128, 261229-21/В-128, 261230-21/В-128, 261231-21/В-128, 261232-21/В-128, 261233-21/В-128, 261234-21/В-128, 261235-21/В-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КАРДІТАБ® ІС фіто, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261227-21/В-128, 261228-21/В-128, 261229-21/В-128, 261230-21/В-128, 261231-21/В-128, 261232-21/В-128, 261233-21/В-128, 261234-21/В-128, 261235-21/В-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КАРДІТАБ® ІС фіто, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261227-21/В-128, 261228-21/В-128, 261229-21/В-128, 261230-21/В-128, 261231-21/В-128, 261232-21/В-128, 261233-21/В-128, 261234-21/В-128, 261235-21/В-128 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КАРДІТАБ® ІС фіто, таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260729-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин для ін'єкцій по 1 г/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260729-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин для ін'єкцій по 1 г/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260729-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин для ін'єкцій по 1 г/5 мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260738-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин оральний 1 г/10 мл по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260738-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин оральний 1 г/10 мл по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260738-21/З-135 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Картан, розчин оральний 1 г/10 мл по 10 мл в ампулі; по 10 ампул у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ДЕМО СА Фармасьютикал Індастрі, Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258812-21/З-98 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Касенлакс, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258812-21/З-98 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Касенлакс, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258812-21/З-98 від 02.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Касенлакс, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261023-21/З-116 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветиксол , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 100 мг, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259767-21/В-39 від 16.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кветирон 25; Кветирон 100; Кветирон 200 , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 100 мг або по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 6 блістерів в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257001-21/В-50 від 30.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кейдекс Ін'єкт, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257001-21/В-50 від 30.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кейдекс Ін'єкт, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257001-21/В-50 від 30.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кейдекс Ін'єкт, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258223-21/З-130 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 14 (14х1): по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): по 30 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258223-21/З-130 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 14 (14х1): по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): по 30 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258223-21/З-130 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КЛОПІДОГРЕЛЬ-САНОФІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 14 (14х1): по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; № 30 (30х1), № 90 (30х3): по 30 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248168-20/З-92, 248169-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248168-20/З-92, 248169-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248168-20/З-92, 248169-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 10 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248166-20/З-92, 248167-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 20 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248166-20/З-92, 248167-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 20 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248166-20/З-92, 248167-20/З-92 від 30.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-Диротон®, таблетки, 20 мг/12,5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253418-21/В-50 від 26.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Контролфлекс, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253418-21/В-50 від 26.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Контролфлекс, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253418-21/В-50 від 26.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Контролфлекс, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл, по 2 мл в ампулах; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262242-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 150 мг/37,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262244-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 100 мг/25 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262247-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 200 мг/50 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262248-21/З-82 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Конфундус® Тріо, таблетки, вкриті оболонкою, по 50 мг/12,5 мг/200 мг; по 30 або 100 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; in bulk: по 100 таблеток у флаконі, по 60 флаконів в картонній транспортній упаковці** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253165-21/З-36, 253252-21/З-82, 258764-21/З-130 від 25.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-ренітек®, таблетки по 20 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253165-21/З-36, 253252-21/З-82, 258764-21/З-130 від 25.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-ренітек®, таблетки по 20 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253165-21/З-36, 253252-21/З-82, 258764-21/З-130 від 25.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ко-ренітек®, таблетки по 20 мг/12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261281-21/З-28 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кофан Босналек®, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснiя i Герцеговина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261281-21/З-28 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кофан Босналек®, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснiя i Герцеговина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261281-21/З-28 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Кофан Босналек®, таблетки по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Босналек д.д., Боснiя i Герцеговина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256169-21/З-130 від 19.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **КСЕОМІН, порошок для розчину для ін`єкцій, по 50 LD50 одиниць або по 100 LD50 одиниць; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалз ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259616-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259616-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259616-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259632-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259632-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259632-21/З-86 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ксивулан, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,2 г (1000 мг/200 мг), по 1 по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Антибіотики СА, Румунiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253586-21/З-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл; по 100 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у комплекті з мірним ковпачком в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253586-21/З-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл; по 100 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у комплекті з мірним ковпачком в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253586-21/З-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН®, розчин для інгаляцій та перорального застосування, 15 мг/2 мл; по 100 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону у комплекті з мірним ковпачком в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253588-21/В-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАКОМ, сироп, 30 мг/5 мл; по 100 або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253588-21/В-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАКОМ, сироп, 30 мг/5 мл; по 100 або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253588-21/В-124 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛАЗОЛВАН® З ПОЛУНИЧНО-ВЕРШКОВИМ СМАКОМ, сироп, 30 мг/5 мл; по 100 або по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в комплекті з пластиковим мірним ковпачком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Опелла Хелскеа Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246678-20/В-133, 256447-21/В-133 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламіфен®, таблетки по 250 мг по 7 таблеток у блістері, по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246678-20/В-133, 256447-21/В-133 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламіфен®, таблетки по 250 мг по 7 таблеток у блістері, по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246678-20/В-133, 256447-21/В-133 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламіфен®, таблетки по 250 мг по 7 таблеток у блістері, по 1 або 2, або 4 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **241640-20/В-96 від 21.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламотриджин, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **241640-20/В-96 від 21.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламотриджин, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **241640-20/В-96 від 21.08.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ламотриджин, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Фарма Старт", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255305-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ланістор, таблетки по 25 мг, 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 240 блістерів у картонній коробці; по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 6 блістерів у картонній упаковці; in bulk: по 10 таблеток у блістері, по 200 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252584-21/З-39 від 19.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левоком ретард Асіно , таблетки пролонгованої дії по 100 мг/25 мг або по 200 мг/50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або 10 блістерів у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Асіно Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252322-21/З-121 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левостад®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 250 мг; по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257601-21/З-135 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛЕВОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 750 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток в пакеті з поліетилену низької щільності в контейнері з поліетилену високої щільності;** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257435-21/В-86, 257436-21/В-86, 257437-21/В-86, 257438-21/В-86, 257439-21/В-86, 257440-21/В-86, 257441-21/В-86, 257446-21/В-86 від 12.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Левофлоксацин-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг; по 500 мг; по 5 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246773-20/З-39 від 05.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Летрозол Дженефарм , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246773-20/З-39 від 05.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Летрозол Дженефарм , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246773-20/З-39 від 05.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Летрозол Дженефарм , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Грецiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254153-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Лідаза-Біофарма, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254153-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Лідаза-Біофарма, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254153-21/В-60 від 15.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Лідаза-Біофарма, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254481-21/В-82, 254482-21/В-82, 254483-21/В-82 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛІДОКСАН ЛИМОН СПРЕЙ, спрей для ротової порожнини, 2 мг/0,5 мг на 1 мл; по 30 мл у флаконі, по 1 флакону в коробці;** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254481-21/В-82, 254482-21/В-82, 254483-21/В-82 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛІДОКСАН ЛИМОН СПРЕЙ, спрей для ротової порожнини, 2 мг/0,5 мг на 1 мл; по 30 мл у флаконі, по 1 флакону в коробці;** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254481-21/В-82, 254482-21/В-82, 254483-21/В-82 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЛІДОКСАН ЛИМОН СПРЕЙ, спрей для ротової порожнини, 2 мг/0,5 мг на 1 мл; по 30 мл у флаконі, по 1 флакону в коробці;** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259255-21/З-128 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259255-21/З-128 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259255-21/З-128 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244643-20/З-88 від 30.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244643-20/З-88 від 30.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **244643-20/З-88 від 30.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236354-20/З-88 від 09.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236354-20/З-88 від 09.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236354-20/З-88 від 09.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Магне-В6®, розчин для перорального застосування; № 10: по 10 мл в ампулі; по 10 ампул з двома лініями розлому у піддоні з картону, в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250063-20/З-133 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метакартин, розчин для ін'єкцій, 1 г/5 мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250063-20/З-133 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метакартин, розчин для ін'єкцій, 1 г/5 мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250063-20/З-133 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метакартин, розчин для ін'єкцій, 1 г/5 мл, по 5 мл в ампулі, по 5 ампул в контурній чарунковій упаковці, по 1 або 2 контурні чарункові упаковки в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ІЛАЧ САН. ВЕ ТІДЖ. А.Ш., Туреччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251522-21/З-50 від 01.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метипред, порошок для розчину для ін`єкцій по 250 мг або по 1000 мг, 1 флакон з порошком в картонній коробці з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Оріон Корпорейшн, Фiнляндiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263676-21/З-135 від 30.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформін-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263676-21/З-135 від 30.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформін-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263676-21/З-135 від 30.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформін-Тева, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256020-21/В-60, 256021-21/В-60, 263200-21/В-92, 263201-21/В-92, 263202-21/В-92 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформіну гідрохлорид, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256020-21/В-60, 256021-21/В-60, 263200-21/В-92, 263201-21/В-92, 263202-21/В-92 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформіну гідрохлорид, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256020-21/В-60, 256021-21/В-60, 263200-21/В-92, 263201-21/В-92, 263202-21/В-92 від 14.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Метформіну гідрохлорид, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для виробництва нестерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258083-21/З-118 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мідазолам-Віста, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл по 15 мг по 3 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці або по 5 мг/мл по 50 мг по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260430-21/З-82 від 01.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мікамін, порошок для приготування розчину для інфузій по 50 мг; по 1 флакону з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260430-21/З-82 від 01.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мікамін, порошок для приготування розчину для інфузій по 50 мг; по 1 флакону з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260430-21/З-82 від 01.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мікамін, порошок для приготування розчину для інфузій по 50 мг; по 1 флакону з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261480-21/З-126 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Міозим, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261480-21/З-126 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Міозим, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261480-21/З-126 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Міозим, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 50 мг; 1 флакон з порошком у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248620-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248620-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248620-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **МОКСОНІДИН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **248613-20/В-86 від 03.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Моксотенс , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,2 мг або 0,4 мг по 10 таблеток у блістері по 2 блістери в пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258157-21/З-45, 258158-21/З-45 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мометазон-Тева, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 10 г (60 доз) у флаконі з дозуючим спрей-насосом та розпилювачем, закритим ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258157-21/З-45, 258158-21/З-45 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мометазон-Тева, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 10 г (60 доз) у флаконі з дозуючим спрей-насосом та розпилювачем, закритим ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258157-21/З-45, 258158-21/З-45 від 24.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Мометазон-Тева, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 10 г (60 доз) у флаконі з дозуючим спрей-насосом та розпилювачем, закритим ковпачком; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Тева Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257469-21/В-116 від 13.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Монтел, таблетки жувальні по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці  з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257469-21/В-116 від 13.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Монтел, таблетки жувальні по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці  з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257469-21/В-116 від 13.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Монтел, таблетки жувальні по 4 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці  з картону** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260740-21/З-86 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Навірел, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260740-21/З-86 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Навірел, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260740-21/З-86 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Навірел, концентрат для приготування розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 1 мл (10 мг) або 5 мл (50 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261512-21/В-50 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗО краплі МАЛЮК, Краплі назальні, розчин, 0,1 мг/мл По 8 мл у флаконі, укупореному кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261512-21/В-50 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗО краплі МАЛЮК, Краплі назальні, розчин, 0,1 мг/мл По 8 мл у флаконі, укупореному кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261512-21/В-50 від 20.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗО краплі МАЛЮК, Краплі назальні, розчин, 0,1 мг/мл По 8 мл у флаконі, укупореному кришкою-крапельницею зі скляною піпеткою з маркуванням українською мовою; по 1 флакону у коробці з картону з маркуванням українською та російською мовами** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262711-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Назол®, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262711-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Назол®, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262711-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Назол®, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262712-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗОЛ® АДВАНС, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картоннній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262712-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗОЛ® АДВАНС, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картоннній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262712-21/З-84 від 10.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАЗОЛ® АДВАНС, спрей назальний 0,05 %, по 10 мл у флаконі з розприскувачем; по 1 флакону в картоннній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "БАЙЄР", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **212068-19/В-82 від 20.05.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАТРІЮ (S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН (було: НАТРІЮ L(S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН), розчин (субстанція) в бочках з високомолекулярного поліетилену високої щільності для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **212068-19/В-82 від 20.05.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАТРІЮ (S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН (було: НАТРІЮ L(S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН), розчин (субстанція) в бочках з високомолекулярного поліетилену високої щільності для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **212068-19/В-82 від 20.05.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НАТРІЮ (S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН (було: НАТРІЮ L(S)-ЛАКТАТ РОЗЧИН), розчин (субстанція) в бочках з високомолекулярного поліетилену високої щільності для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257880-21/З-28 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НЕЙРОДОРОН®, таблетки по 40 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у картонній коробці; по 80 або по 200 таблеток у флаконі з темного скла ; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Веледа АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257880-21/З-28 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НЕЙРОДОРОН®, таблетки по 40 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у картонній коробці; по 80 або по 200 таблеток у флаконі з темного скла ; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Веледа АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257880-21/З-28 від 19.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НЕЙРОДОРОН®, таблетки по 40 таблеток у блістері; по 2 або по 5 блістерів у картонній коробці; по 80 або по 200 таблеток у флаконі з темного скла ; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Веледа АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261317-21/З-61 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нейромідин®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261317-21/З-61 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нейромідин®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261317-21/З-61 від 15.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нейромідин®, таблетки по 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **АТ "Олайнфарм", Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254770-21/З-118, 254798-21/З-133, 254799-21/З-133, 254800-21/З-133, 254801-21/З-133, 254802-21/З-133, 254803-21/З-133, 254805-21/З-133, 254807-21/З-133, 254808-21/З-133, 254809-21/З-133, 254810-21/З-133, 254811-21/З-133, 254812-21/З-133, 254813-21/З-133, 254814-21/З-133, 254815-21/З-133 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нітресан®, таблетки по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 2 або 3, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ПРО.МЕД.ЦС Прага а.с., Чеська Республiка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259614-21/З-36 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НОВОМІКС® 30 ФЛЕКСПЕН®, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджі, вкладеному в багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259614-21/З-36 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НОВОМІКС® 30 ФЛЕКСПЕН®, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджі, вкладеному в багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259614-21/З-36 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **НОВОМІКС® 30 ФЛЕКСПЕН®, суспензія для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджі, вкладеному в багатодозовій одноразовій шприц-ручці; по 1 або 5 шприц-ручок у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253585-21/В-84 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нормолакт фрут, сироп 667 мг/мл, по 100 мл у банці полімерній, по 1 банці разом із дозувальною ложкою в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 200 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 240 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253585-21/В-84 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нормолакт фрут, сироп 667 мг/мл, по 100 мл у банці полімерній, по 1 банці разом із дозувальною ложкою в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 200 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 240 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **253585-21/В-84 від 03.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Нормолакт фрут, сироп 667 мг/мл, по 100 мл у банці полімерній, по 1 банці разом із дозувальною ложкою в пачці; по 100 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 200 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці; по 240 мл у флаконі полімерному, по 1 флакону разом із дозувальною ложкою в пачці** | |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254345-21/В-124 від 17.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Окоферон®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО. 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254345-21/В-124 від 17.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Окоферон®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО. 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254345-21/В-124 від 17.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Окоферон®, краплі очні, порошок по 1 000 000 МО. 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл у блістері; по 1 блістеру разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону; 1 флакон з порошком у комплекті з 1 ампулою розчинника (Метилпарагідроксибензоат (Ніпагін) (Е 218) - 5,0 мг) по 5 мл в пачці з картонною перегородкою або гофрованою вкладкою; по 1 комплекту препарату та розчинника разом з кришкою-крапельницею та піпеткою Пастера в пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251694-21/З-114, 251695-21/З-114 від 03.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОКТАНІН Ф 500 MO, ОКТАНІН Ф 1000 MO, порошок для розчину для ін’єкцій по 500 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій по 5 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін’єкцій по 1000 МО; картонна коробка № 1: по 1 флакону ємністю 30 мл з порошком для розчину для ін’єкцій; картонна коробка № 2: по 1 флакону з розчинником (вода для ін’єкцій, 10 мл) у картонній коробці разом з комплектом для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 комплект для переносу (1 двухкінцева голка, 1 фільтровальна голка), 1 комплект для інфузій (голка-метелик), 2 просочених спиртом тампони) у пакеті або блістері; коробки № 1 та № 2 об’єднуються між собою пластиковою плівкою** | |
| **Заявник** | **Октафарма Фармацевтика Продуктіонсгес. м.б.Х., Австрія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254485-21/З-86 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс , краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254485-21/З-86 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс , краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254485-21/З-86 від 23.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс , краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260306-21/З-116 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс, краплі очні, розчин, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260306-21/З-116 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс, краплі очні, розчин, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260306-21/З-116 від 30.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Олодропс, краплі очні, розчин, 1 мг/мл по 5 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Мікро Лабс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262353-21/З-126 від 03.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОМНІПАК, розчин для ін’єкцій, 300 мг йоду/мл: по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці; розчин для ін’єкцій, 350 мг йоду/мл: по 50 мл або 100 мл, або 200 мл, або 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ДжиІ Хелскеа АС, Норвегiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249341-20/З-06 від 16.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Опатадин ЕКО (Opatadin ECO), краплі очні, розчин, 1 мг/мл, по 5 мл розчину у поліетиленовому флаконі-крапельниці місткістю 5 мл з кришкою з гарантійним кільцем, по 1 або 3 флакони у картонній коробці.** | |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249341-20/З-06 від 16.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Опатадин ЕКО (Opatadin ECO), краплі очні, розчин, 1 мг/мл, по 5 мл розчину у поліетиленовому флаконі-крапельниці місткістю 5 мл з кришкою з гарантійним кільцем, по 1 або 3 флакони у картонній коробці.** | |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249341-20/З-06 від 16.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Опатадин ЕКО (Opatadin ECO), краплі очні, розчин, 1 мг/мл, по 5 мл розчину у поліетиленовому флаконі-крапельниці місткістю 5 мл з кришкою з гарантійним кільцем, по 1 або 3 флакони у картонній коробці.** | |
| **Заявник** | **Варшавський фармацевтичний завод Польфа АТ, Польща** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255417-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Орадро, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **УОРЛД МЕДИЦИН ЛТД, Грузія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254105-21/З-96, 254106-21/З-96 від 12.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Оспексин®, гранули для оральної суспензії (250 мг/5 мл) по 33 г гранул для 60 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254105-21/З-96, 254106-21/З-96 від 12.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Оспексин®, гранули для оральної суспензії (250 мг/5 мл) по 33 г гранул для 60 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254105-21/З-96, 254106-21/З-96 від 12.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Оспексин®, гранули для оральної суспензії (250 мг/5 мл) по 33 г гранул для 60 мл оральної суспензії у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246656-20/З-116, 256958-21/З-50 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках; по 400 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246656-20/З-116, 256958-21/З-50 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках; по 400 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **246656-20/З-116, 256958-21/З-50 від 04.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ОФЛОКСАЦИН ЄВРО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках; по 400 мг по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; in bulk: по 1000 таблеток у банках** | |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249104-20/З-132 від 14.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Памідол, розчин для ін'єкцій по 300 мг/мл або по 370 мг/мл; по 50 мл або по 100 мл розчину у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **"Юнік Фармасьютикал Лабораторіз" (відділення фірми "Дж. Б. Кемікалз енд Фармасьютикалз Лтд."), Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258393-21/З-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Панкреатин, порошок (субстанція) у пакеті з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Нордмарк Фарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258393-21/З-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Панкреатин, порошок (субстанція) у пакеті з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Нордмарк Фарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258393-21/З-61 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Панкреатин, порошок (субстанція) у пакеті з плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** | |
| **Заявник** | **Нордмарк Фарма ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251101-21/З-86 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пантасан, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251101-21/З-86 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пантасан, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251101-21/З-86 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пантасан, порошок ліофілізований для приготування розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261703-21/В-86, 261704-21/В-86, 261705-21/В-86, 261706-21/В-86 від 22.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пенталгін ФС екстра капсули, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261703-21/В-86, 261704-21/В-86, 261705-21/В-86, 261706-21/В-86 від 22.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пенталгін ФС екстра капсули, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261703-21/В-86, 261704-21/В-86, 261705-21/В-86, 261706-21/В-86 від 22.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пенталгін ФС екстра капсули, капсули по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263335-21/З-92 від 25.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пентаса, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263335-21/З-92 від 25.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пентаса, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263335-21/З-92 від 25.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пентаса, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245678-20/З-36 від 20.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРАКСБАЙНД®, розчин для ін`єкцій/інфузій, 2,5 г/50 мл по 50 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245678-20/З-36 від 20.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРАКСБАЙНД®, розчин для ін`єкцій/інфузій, 2,5 г/50 мл по 50 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **245678-20/З-36 від 20.10.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРАКСБАЙНД®, розчин для ін`єкцій/інфузій, 2,5 г/50 мл по 50 мл у флаконі; по 2 флакони у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257673-21/З-123 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257673-21/З-123 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257673-21/З-123 від 17.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРІОРИКС™ / PRIORIX™ КОМБІНОВАНА ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОРУ, ЕПІДЕМІЧНОГО ПАРОТИТУ ТА КРАСНУХИ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій; 1 монодозовий флакон (1 доза) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) у попередньо наповненому шприці та двома голками в картонній коробці; 100 монодозових (1 доза) флаконів з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулах № 100 в окремій упаковці; 1 мультидозовий флакон (2 дози) з ліофілізатом у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) в ампулі; по 100 штук флаконів та ампул в окремих коробках;** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252368-21/В-61, 252369-21/В-61, 260022-21/В-61, 260023-21/В-61 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Прогестерон, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252368-21/В-61, 252369-21/В-61, 260022-21/В-61, 260023-21/В-61 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Прогестерон, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **252368-21/В-61, 252369-21/В-61, 260022-21/В-61, 260023-21/В-61 від 16.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Прогестерон, порошок (субстанція) в мішках подвійних поліетиленових для виробництва стерильних лікарських форм** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254884-21/В-82 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРОПОЛІСУ НАСТОЙКА, настойка по 25 мл у флаконах** | |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254884-21/В-82 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРОПОЛІСУ НАСТОЙКА, настойка по 25 мл у флаконах** | |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254884-21/В-82 від 29.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ПРОПОЛІСУ НАСТОЙКА, настойка по 25 мл у флаконах** | |
| **Заявник** | **АТ "Лубнифарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **254726-21/З-98, 254727-21/З-98, 254728-21/З-98, 254729-21/З-98 від 25.03.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Пропофол Кабі, емульсія для ін'єкцій або інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою емульсія для ін'єкцій або інфузій, 20 мг/мл; по 50 мл у флаконі з маркуванням українською мовою; по 50 мл у флаконі, 1 флакон у пачці із картону або по 10 флаконів у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261616-21/З-61 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Простамол® Уно, капсули м'які по 320 мг по 15 капсул у блістері; по 2 або 4, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261616-21/З-61 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Простамол® Уно, капсули м'які по 320 мг по 15 капсул у блістері; по 2 або 4, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261616-21/З-61 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Простамол® Уно, капсули м'які по 320 мг по 15 капсул у блістері; по 2 або 4, або 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260809-21/В-66 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Раностоп®, мазь 10 %, по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260809-21/В-66 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Раностоп®, мазь 10 %, по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260809-21/В-66 від 07.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Раностоп®, мазь 10 %, по 20 г або по 40 г, або по 100 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **243235-20/З-84 від 16.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Реддитукс, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл (100 мг) або по 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 картонній коробці у пластиковому мішку; in bulk: по 10 мл (100 мг) або 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1000 флаконів у коробці** | |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **243235-20/З-84 від 16.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Реддитукс, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл (100 мг) або по 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 картонній коробці у пластиковому мішку; in bulk: по 10 мл (100 мг) або 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1000 флаконів у коробці** | |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **243235-20/З-84 від 16.09.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Реддитукс, концентрат для розчину для інфузій, 10 мг/мл; по 10 мл (100 мг) або по 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці; по 1 картонній коробці у пластиковому мішку; in bulk: по 10 мл (100 мг) або 50 мл (500 мг) у флаконі; по 1000 флаконів у коробці** | |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261640-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261640-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261640-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 92 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261607-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 184 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261607-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 184 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261607-21/З-136 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **РЕЛВАР™ ЕЛЛІПТА, порошок для інгаляцій, дозований, по 184 мкг/22 мкг/дозу; по 14 або 30 доз у порошковому інгаляторі; по 1 інгалятору у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249419-20/З-124 від 18.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рестасіс®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці** | |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249419-20/З-124 від 18.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рестасіс®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці** | |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **249419-20/З-124 від 18.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Рестасіс®, емульсія очна, 0,5 мг/мл; по 0,4 мл у флаконі; по 30 флаконів в упаковці** | |
| **Заявник** | **Аллерган, Інк., США** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257750-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ринотайсс спрей назальний, спрей назальний, розчин 0,1 % по 10 мл у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257750-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ринотайсс спрей назальний, спрей назальний, розчин 0,1 % по 10 мл у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257750-21/З-134 від 18.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ринотайсс спрей назальний, спрей назальний, розчин 0,1 % по 10 мл у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Др. Тайсс Натурварен ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259943-21/З-02 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ріволев, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 250 мг, 500 мг, 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Рівофарм СА, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262169-21/З-84 від 29.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СЕРЕТИД™ ДИСКУС™, порошок для інгаляцій, дозований, 50 мкг/100 мкг/дозу; 50 мкг/250 мкг/дозу; 50 мкг/500 мкг/дозу; по 60 доз у дискусі; по 1 дискусу в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257987-21/В-96, 257988-21/В-96, 257990-21/В-96, 257991-21/В-96, 257992-21/В-96, 258018-21/В-96 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сибазон® ІС, таблетки по 0,005 г або по 0,01 г, по 10 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з додатковою відповідальністю "ІНТЕРХІМ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250117-20/В-60 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СИНАФЛАН ФОРТЕ-ДАРНИЦЯ, крем, 1 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250117-20/В-60 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СИНАФЛАН ФОРТЕ-ДАРНИЦЯ, крем, 1 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250117-20/В-60 від 30.12.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СИНАФЛАН ФОРТЕ-ДАРНИЦЯ, крем, 1 мг/г по 15 г у тубі, по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247890-20/З-94 від 24.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Скайпім, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247890-20/З-94 від 24.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Скайпім, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247890-20/З-94 від 24.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Скайпім, порошок для розчину для ін'єкцій по 1000 мг, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Сенс Лабораторіс Пвт. Лтд., Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255566-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен периферичний, емульсія для інфузій; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері "Біофін", який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255566-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен периферичний, емульсія для інфузій; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері "Біофін", який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255566-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен периферичний, емульсія для інфузій; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 1206 мл, по 1448 мл, по 1904 мл в трикамерному пластиковому контейнері "Біофін", який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255565-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен центральний, емульсія для інфузій; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл, по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою; по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 3 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255565-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен центральний, емульсія для інфузій; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл, по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою; по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 3 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255565-21/З-124 від 07.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **СмофКабівен центральний, емульсія для інфузій; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл, по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок з маркуванням українською мовою; по 986 мл, по 1477 мл, по 1970 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 4 мішки в коробці з маркуванням українською мовою; по 2463 мл в трикамерному пластиковому контейнері «Біофін», який разом з антиокисником вміщують у зовнішній пластиковий мішок; по 3 мішки в коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261160-21/В-60 від 13.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Сонапакс®10 мг, Сонапакс®25мг, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; таблетки, вкриті оболонкою, по 25 мг; по 30 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці з маркуванням українською мовою;** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Бауш Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251955-21/З-128 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стилен, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** | |
| **Заявник** | **КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251955-21/З-128 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стилен, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** | |
| **Заявник** | **КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251955-21/З-128 від 10.02.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стилен, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг; по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці** | |
| **Заявник** | **КУПФЕР БІОТЕХ, УАБ, Литовська Республіка** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258412-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 10%, мазь 10 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258412-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 10%, мазь 10 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258412-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 10%, мазь 10 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258411-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 5%, мазь 5 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258411-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 5%, мазь 5 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258411-21/В-97 від 26.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Стрептоцидова мазь 5%, мазь 5 %, по 25 г у тубі алюмінієвій; по 1 тубі в пачці з картону; по 25 г у тубах алюмінієвих; по 25 г у контейнерах** | |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **236889-20/З-98, 236891-20/З-98, 251021-21/З-82 від 17.06.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг, по 75 мг по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250324-21/З-124, 250325-21/З-124, 250326-21/З-124, 250327-21/З-124, 250328-21/З-124, 250329-21/З-124 від 05.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тафінлар®, капсули тверді по 50 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 75 мг; по 120 капсул у флаконах з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **218460-19/З-94 від 10.09.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тенофовіру дизопроксилу фумарат, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **218460-19/З-94 від 10.09.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тенофовіру дизопроксилу фумарат, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **218460-19/З-94 від 10.09.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тенофовіру дизопроксилу фумарат, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 300 мг, по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Страйдс Фарма Сайенс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247127-20/В-94 від 11.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тіваргін-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247127-20/В-94 від 11.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тіваргін-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **247127-20/В-94 від 11.11.2020** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тіваргін-Н, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у флаконі, по 1 флакону в пачці з картону** | |
| **Заявник** | **ТОВ "ФАРМАСЕЛ", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258043-21/З-50 від 21.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг; таблетки гастрорезистентні, 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці з маркуванням українською мовою** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256328-21/З-39, 256329-21/З-39 від 20.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256328-21/З-39, 256329-21/З-39 від 20.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **256328-21/З-39, 256329-21/З-39 від 20.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Топраз, таблетки гастрорезистентні, 20 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258300-21/З-126, 258302-21/З-126 від 25.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тритаце®, таблетки по 5 мг або по 10 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259047-21/В-61, 259048-21/В-61, 259049-21/В-61, 259050-21/В-61 від 07.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тріомбраст®, розчин для ін’єкцій 60 % або розчин для ін’єкцій 76 % по 20 мл в ампулі; по 5 ампул в пачці; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259047-21/В-61, 259048-21/В-61, 259049-21/В-61, 259050-21/В-61 від 07.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тріомбраст®, розчин для ін’єкцій 60 % або розчин для ін’єкцій 76 % по 20 мл в ампулі; по 5 ампул в пачці; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259047-21/В-61, 259048-21/В-61, 259049-21/В-61, 259050-21/В-61 від 07.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Тріомбраст®, розчин для ін’єкцій 60 % або розчин для ін’єкцій 76 % по 20 мл в ампулі; по 5 ампул в пачці; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці** | |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259527-21/В-123 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Туберкулін ППД RT 23 SSI, розчин для ін'єкцій 2 ТО/0,1 мл; по 1,5 мл розчину (15 доз) у флаконі; по 1 флакону у комплекті з 15 самоблокуючими шприцами у контурній чарунковій упаковці або без контурної чарункової упаковки у картонній коробці. Маркування українською мовою.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Люм'єр Фарма", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259527-21/В-123 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Туберкулін ППД RT 23 SSI, розчин для ін'єкцій 2 ТО/0,1 мл; по 1,5 мл розчину (15 доз) у флаконі; по 1 флакону у комплекті з 15 самоблокуючими шприцами у контурній чарунковій упаковці або без контурної чарункової упаковки у картонній коробці. Маркування українською мовою.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Люм'єр Фарма", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259527-21/В-123 від 14.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Туберкулін ППД RT 23 SSI, розчин для ін'єкцій 2 ТО/0,1 мл; по 1,5 мл розчину (15 доз) у флаконі; по 1 флакону у комплекті з 15 самоблокуючими шприцами у контурній чарунковій упаковці або без контурної чарункової упаковки у картонній коробці. Маркування українською мовою.** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Люм'єр Фарма", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250363-21/З-132, 250364-21/З-132, 253904-21/З-132 від 06.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Т-Холін®, розчин для ін`єкцій 1000 мг/4мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю" Бутікова фармацевтична компанія "Салютаріс" (ТОВ"БФК"Салютаріс"), Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250363-21/З-132, 250364-21/З-132, 253904-21/З-132 від 06.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Т-Холін®, розчин для ін`єкцій 1000 мг/4мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю" Бутікова фармацевтична компанія "Салютаріс" (ТОВ"БФК"Салютаріс"), Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250363-21/З-132, 250364-21/З-132, 253904-21/З-132 від 06.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Т-Холін®, розчин для ін`єкцій 1000 мг/4мл по 4 мл в ампулі; по 5 ампул в чарунковій упаковці; по 1 або 2 чарункові упаковки в коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю" Бутікова фармацевтична компанія "Салютаріс" (ТОВ"БФК"Салютаріс"), Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251085-21/З-96, 251086-21/З-96, 251089-21/З-96 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фармацитрон , порошок для орального розчину по 23 г порошку у пакетах; по 23 г порошку у пакеті; по 10 пакетів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251085-21/З-96, 251086-21/З-96, 251089-21/З-96 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фармацитрон , порошок для орального розчину по 23 г порошку у пакетах; по 23 г порошку у пакеті; по 10 пакетів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **251085-21/З-96, 251086-21/З-96, 251089-21/З-96 від 22.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фармацитрон , порошок для орального розчину по 23 г порошку у пакетах; по 23 г порошку у пакеті; по 10 пакетів у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259327-21/В-02, 259328-21/В-02, 259329-21/В-02, 259330-21/В-02 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ф-гель®, гель, 25 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259327-21/В-02, 259328-21/В-02, 259329-21/В-02, 259330-21/В-02 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ф-гель®, гель, 25 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259327-21/В-02, 259328-21/В-02, 259329-21/В-02, 259330-21/В-02 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Ф-гель®, гель, 25 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в пачці** | |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **217946-19/З-06 від 28.08.2019** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЕБУМАКС (було: ФЕБУСТАТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 80 мг, 120 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255392-21/З-132, 255393-21/З-132, 255394-21/З-132, 255395-21/З-132, 255397-21/З-132, 255398-21/З-132, 255399-21/З-132 від 06.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фібро-вейн, розчин для ін'єкцій 0,2% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; розчин для ін'єкцій 0,5% по 2 мл у ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 1% по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці; розчин для ін'єкцій 3% по 5 мл у флаконі; по 10 флаконів у коробці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці** | |
| **Заявник** | **СТД Фармасьютікел Продактс Лтд, Великобританія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250658-21/З-118 від 15.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флу.Нет, гранули для орального розчину по 10 саше з гранулами у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **СІА «ІНФАРМА Трейдінг», Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250658-21/З-118 від 15.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флу.Нет, гранули для орального розчину по 10 саше з гранулами у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **СІА «ІНФАРМА Трейдінг», Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **250658-21/З-118 від 15.01.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флу.Нет, гранули для орального розчину по 10 саше з гранулами у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **СІА «ІНФАРМА Трейдінг», Латвiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257980-21/В-135 від 20.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флудерм, крем, 0,5 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257980-21/В-135 від 20.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флудерм, крем, 0,5 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **257980-21/В-135 від 20.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Флудерм, крем, 0,5 мг/г, по 15 г у тубі; по 1 тубі в коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Перереєстрація** | |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260513-21/З-135 від 05.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЛУТІСАЛ® , капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260513-21/З-135 від 05.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЛУТІСАЛ® , капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260513-21/З-135 від 05.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ФЛУТІСАЛ® , капсули тверді по 20 мг; по 10 капсул у блістері, по 3 або 6 блістерів у картонній упаковці;** | |
| **Заявник** | **КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПВТ ЛТД, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255270-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фортеза, спрей для ротової порожнини 0,15 % по 15 мл або по 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255270-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фортеза, спрей для ротової порожнини 0,15 % по 15 мл або по 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **255270-21/З-133 від 05.04.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Фортеза, спрей для ротової порожнини 0,15 % по 15 мл або по 30 мл розчину у флаконі з розпилювачем, по 1 флакону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258518-21/В-124, 258519-21/В-124 від 27.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для орального розчину; по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258518-21/В-124, 258519-21/В-124 від 27.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для орального розчину; по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258518-21/В-124, 258519-21/В-124 від 27.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР, порошок для орального розчину; по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258625-21/В-36, 258627-21/В-36 від 28.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258625-21/В-36, 258627-21/В-36 від 28.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **258625-21/В-36, 258627-21/В-36 від 28.05.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261208-21/В-82 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261208-21/В-82 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261208-21/В-82 від 14.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО ІМБИР БЕЗ ЦУКРУ, порошок для орального розчину, по 2,5 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **262268-21/З-98, 262269-21/З-98, 262270-21/З-98 від 02.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД НЕО МАКС , порошок для орального розчину з лимонним смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці; порошок для орального розчину з малиновим смаком по 4 г порошку в саше; по 10 саше у картонній пачці** | |
| **Заявник** | **ТОВ "Мові Хелс", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263441-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм форте аерозоль, піна нашкірна по 58,5 г або 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263441-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм форте аерозоль, піна нашкірна по 58,5 г або 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263441-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм форте аерозоль, піна нашкірна по 58,5 г або 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263443-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я, крем для зовнішнього застосування 5 % по 15 г, по 30 г або по 100 г у тубі, по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263443-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я, крем для зовнішнього застосування 5 % по 15 г, по 30 г або по 100 г у тубі, по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263443-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я, крем для зовнішнього застосування 5 % по 15 г, по 30 г або по 100 г у тубі, по 1 тубі у коробці з картону** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263439-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я аерозоль, піна нашкірна, 50 мг/г по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263439-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я аерозоль, піна нашкірна, 50 мг/г по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **263439-21/В-96 від 26.08.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ХепіДерм-Здоров'я аерозоль, піна нашкірна, 50 мг/г по 58,5 г або по 117,0 г у балоні; по 1 балону в картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259291-21/З-121 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЦЕРВАРИКС™ Вакцина для профілактики захворювань, що викликаються вірусом папіломи людини типів 16 та 18, суспензія для ін’єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) суспензії для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з маркуванням іноземними мовами з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з маркуванням іноземними мовами з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259291-21/З-121 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЦЕРВАРИКС™ Вакцина для профілактики захворювань, що викликаються вірусом папіломи людини типів 16 та 18, суспензія для ін’єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) суспензії для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з маркуванням іноземними мовами з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з маркуванням іноземними мовами з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259291-21/З-121 від 09.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **ЦЕРВАРИКС™ Вакцина для профілактики захворювань, що викликаються вірусом папіломи людини типів 16 та 18, суспензія для ін’єкцій по 0,5 мл (1 доза) у попередньо наповненому шприці з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,5 мл (1 доза) суспензії для ін’єкцій у попередньо наповненому шприці з маркуванням іноземними мовами з поршнем і ковпачком у комплекті з голкою (у блістері) або у флаконі з маркуванням іноземними мовами з пробкою; по 1 попередньо наповненому шприцу з голкою або по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням іноземними мовами зі стикером українською мовою** | |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британiя** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261629-21/З-126 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Церезим® 400 ОД, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 400 ОД; 1 або 5 флаконів з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261629-21/З-126 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Церезим® 400 ОД, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 400 ОД; 1 або 5 флаконів з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **261629-21/З-126 від 21.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Церезим® 400 ОД, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій по 400 ОД; 1 або 5 флаконів з порошком у картонній коробці** | |
| **Заявник** | **Джензайм Юроп Б.В., Нiдерланди** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259963-21/З-118 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цетримак , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері: по 1 або 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259963-21/З-118 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цетримак , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері: по 1 або 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **259963-21/З-118 від 18.06.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цетримак , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг по 30 таблеток у флаконі, по 1 флакону у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері: по 1 або 3 блістери у картонній упаковці** | |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Вкладка до реєстраційного посвідчення** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260451-21/В-92, 260452-21/В-92, 260453-21/В-92, 260454-21/В-92, 260456-21/В-92, 260457-21/В-92, 260458-21/В-92 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цитрамон В, таблетки по 6 або 10 таблеток у стрипах; по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 6 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 10 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано: | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260451-21/В-92, 260452-21/В-92, 260453-21/В-92, 260454-21/В-92, 260456-21/В-92, 260457-21/В-92, 260458-21/В-92 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цитрамон В, таблетки по 6 або 10 таблеток у стрипах; по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 6 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 10 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано оператором ВКК | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Реєстраційна форма, дата** | **260451-21/В-92, 260452-21/В-92, 260453-21/В-92, 260454-21/В-92, 260456-21/В-92, 260457-21/В-92, 260458-21/В-92 від 02.07.2021** | |
| **Назва лікарського засобу,  форма випуску** | **Цитрамон В, таблетки по 6 або 10 таблеток у стрипах; по 6 або 10 таблеток у блістерах; по 6 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 10 таблеток у стрипі; по 2 або 10 стрипів у пачці з картону; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у пачці з картону.** | |
| **Заявник** | **ПАТ "Монфарм", Україна** | |
| **Наказ МОЗ України** | **28.10.2021 р. № 2374** | |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** | |
| **Тип посвідчення** | **Лист** | |
|  | | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)\* **+ додаткова завірена копія** | |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |  |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |  |

**Примітка\*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Відмовлено, причина |  | |
| Передано співробітником СЛ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник СЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **\_\_.\_\_.2021** |  |
|  | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |