

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АКСОТИЛІН, розчин для ін`екцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                |                                 |                           |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                                 |                           |
| <b>Передано:</b>               | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__ . __ . 2025</b><br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АКСОТИЛІН, розчин для ін`екцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                              |                           |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                              |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>___.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>___.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АКСОТИЛІН, розчин для ін`екцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці |  |
| <b>Заявник</b>   | Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)     |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)     |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АКСОТИЛІН, розчин для ін'єкцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці |
| Заявник  | Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АКСОТИЛІН, розчин для ін`екцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                              |                           |
|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                              |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>___.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>___.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342359-25/В-96, 342360-25/В-96 від 04.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АКСОТИЛІН, розчин для ін`екцій по 500 мг/4 мл, по 1000 мг/4 мл; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 1 касеті в пачці; по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у касеті, по 2 касети в пачці |  |
| <b>Заявник</b>   | Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)     |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)     |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 320356-24/В-28, 332057-25/В-28 від 07.08.2024                                       |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЛТЕЇ КОРЕНІ, корені по 40 г або по 60 г, або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом |  |
| Заявник  | Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна                                  |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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   | 320356-24/В-28, 332057-25/В-28 від 07.08.2024                                       |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЛТЕЇ КОРЕНІ, корені по 40 г або по 60 г, або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом |  |
| Заявник  | Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна                                  |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 320356-24/В-28, 332057-25/В-28 від 07.08.2024                                       |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЛТЕЇ КОРЕНІ, корені по 40 г або по 60 г, або по 75 г у пачках з внутрішнім пакетом |
| Заявник  | Приватне акціонерне товариство "Ліктрави", Україна                                  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 337911-25/3-45, 337912-25/3-45 від 19.05.2025   |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АМППЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг), по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці |  |
| Заявник  | Антибіотики СА, Румунія   |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337911-25/3-45, 337912-25/3-45 від 19.05.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АМППЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг), по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці |  |
| <b>Заявник</b>   | Антибіотики СА, Румунія   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337911-25/3-45, 337912-25/3-45 від 19.05.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АМППЛЮС, порошок для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1,5 г (1000 мг/500 мг), по 1 або по 10, або по 25 флаконів у картонній пачці |  |
| <b>Заявник</b>   | Антибіотики СА, Румунія   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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   | 339893-25/3-116 від 24.06.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АНАСОМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці |
| Заявник  | Ауробіндо Фарма Лтд, Індія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339893-25/3-116 від 24.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АНАСОМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ауробіндо Фарма Лтд, Індія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339893-25/3-116 від 24.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АНАСОМА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 1 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ауробіндо Фарма Лтд, Індія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 344122-25/В-147 від 04.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АНГЕЛОН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці |
| Заявник  | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344122-25/В-147 від 04.09.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АНГЕЛОН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344122-25/В-147 від 04.09.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АНГЕЛОН®, таблетки по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 344125-25/В-147 від 04.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АНГЕЛОН®, таблетки зі смаком ментолу по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці |
| Заявник  | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344125-25/В-147 від 04.09.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АНГЕЛОН®, таблетки зі смаком ментолу по 20 мг; по 10 таблеток у блистері; по 3 або 4 блистери в коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344125-25/В-147 від 04.09.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АНГЕЛОН®, таблетки зі смаком ментолу по 20 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 4 блістери в коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342320-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ ДУО, капсули з модифікованим вивільненням тверді по 75 мг; по 10 капсул у блистері; по 1, або по 2, або по 3 блистери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                            |
| <b>Передано:</b>               | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342320-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ ДУО, капсули з модифікованим вивільненням тверді по 75 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342320-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ ДУО, капсули з модифікованим вивільненням тверді по 75 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342316-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                            |
| <b>Передано:</b>               | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. заявник)           |
|                                | (П.І.Б. співробітник ВКК)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342316-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342316-25/3-139 від 01.08.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг; по 10 капсул у блістері; по 1, або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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 ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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   | 343809-25/3-06 від 28.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці; |
| Заявник  | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 343809-25/3-06 від 28.08.2025   |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці; |  |
| Заявник  | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина   |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефону (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343809-25/3-06 від 28.08.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРДУАН®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 4 мг; 5 флаконів з ліофілізатом у комплекті з 5 ампулами розчинника (0,9 % розчин натрію хлориду) по 2 мл в картонній формі; по 5 картонних форм в картонній коробці;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                  |                            |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                  |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)           |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)           |                            |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 345705-25/В-144 від 03.10.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці |  |
| <b>Заявник</b>   | Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                |            |                           |
|--------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |            |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025 |                           |
|                                | (дата)     | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025 |                           |
|                                | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>345705-25/В-144 від 03.10.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>345705-25/В-144 від 03.10.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРТЕДЖА® КОМПЛЕКС, капсули по 30 або 60 капсул у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 6 капсул у блістері; по 5 або 10 блістерів у пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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 ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343968-25/В-120 від 02.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ'Я, розчин оральний 100 мг/мл по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
|                         |                     |                           |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343968-25/В-120 від 02.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ'Я, розчин оральний 100 мг/мл по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                   |                             |                           |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                             |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__-__-2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__-__-2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343968-25/В-120 від 02.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АРТИШОКА ЕКСТРАКТ-ЗДОРОВ`Я, розчин оральний 100 мг/мл по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з дозуючим пристроєм у коробці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                              |                            |
|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                              |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>___.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>___.__.2025</b><br>(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   | 334900-25/3-144 від 27.03.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг, по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картоном |
| Заявник  | Тілотс Фарма АГ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>334900-25/3-144 від 27.03.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг, по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картону</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Тілотс Фарма АГ, Швейцарія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>334900-25/3-144 від 27.03.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АСАКОЛ®, супозиторії ректальні по 500 мг, по 5 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в коробці з картону</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Тілотс Фарма АГ, Швейцарія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                             |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 328897-24/В-39 від 26.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АСК-ТЕВА, таблетки кишковорозчинні по 75 мг або по 100 мг, по 10 таблеток в блістері; по 3 блістери в картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339652-25/3-61 від 20.06.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетику ; по 20 пакетиків у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                |           |                           |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |           |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025 |                           |
|                                | (дата)    | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025 |                           |
|                                | (дата)    | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339652-25/3-61 від 20.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетуку ; по 20 пакетиків у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339652-25/3-61 від 20.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетуку ; по 20 пакетиків у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339652-25/3-61 від 20.06.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетику ; по 20 пакетиків у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339652-25/3-61 від 20.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетуку ; по 20 пакетиків у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339652-25/3-61 від 20.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® 100, АЦЦ® 200, порошок для орального розчину 100 мг або по 200 мг по 3 г порошку у пакетуку ; по 20 пакетиків у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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   | 339813-25/3-60 від 24.06.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЦЦ® ЛОНГ, таблетки шипучі по 600 мг по 10 або 20 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці |
| Заявник  | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 339813-25/3-60 від 24.06.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЦЦ® ЛОНГ, таблетки шипучі по 600 мг по 10 або 20 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці |
| Заявник  | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339813-25/3-60 від 24.06.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® ЛОНГ, таблетки шипучі по 600 мг по 10 або 20 таблеток у тубі; по 1 тубі в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 339661-25/3-61 від 20.06.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці |
| Заявник  | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 339661-25/3-61 від 20.06.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці |
| Заявник  | Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339661-25/3-61 від 20.06.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>АЦЦ® ЛОНГ ЛИМОН, таблетки шипучі по 600 мг по 1 таблетці у саше; по 6, 10 або 20 саше у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                             |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 338197-25/В-100, 338198-25/В-100, 338199-25/В-100 від 22.05.2025                               |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |
| Заявник  | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338197-25/В-100, 338198-25/В-100, 338199-25/В-100 від 22.05.2025                               |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
|                                   |                      |                           |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |
|                                   |                      |                           |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338197-25/В-100, 338198-25/В-100, 338199-25/В-100 від 22.05.2025                               |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 339838-25/В-123 від 24.06.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |
| Заявник  | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація   |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339838-25/В-123 від 24.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                   |                     |                           |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                     |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339838-25/В-123 від 24.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БІОВЕН, розчин для інфузій 10 %; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     |                      |                            |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 337517-25/В-123, 337518-25/В-123, 337519-25/В-123, 338074-25/В-123 від 09.05.2025                     |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | БІОВЕН МОНО®, розчин для інфузій 5%; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону |  |
| Заявник  | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна  |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 337517-25/В-123, 337518-25/В-123, 337519-25/В-123, 338074-25/В-123 від 09.05.2025                     |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | БІОВЕН МОНО®, розчин для інфузій 5%; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону |  |
| Заявник  | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна  |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337517-25/В-123, 337518-25/В-123, 337519-25/В-123, 338074-25/В-123 від 09.05.2025                     |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БІОВЕН МОНО®, розчин для інфузій 5%; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "БІОФАРМА ПЛАЗМА", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                              |                     |                            |
|------------------------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                     |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338104-25/В-132, 338105-25/В-132 від 21.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БІФРЕН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул або 15 капсул у блістері з плівки полівінілхлоридної та фольги алюмінієвої друкованої лакованої; по 1, 2 або 6 блістерів по 10 капсул або по 2 або 4 блістери по 15 капсул разом з інструкцією для медичного застосування поміщають в пачку з картону для споживчої тари |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338104-25/В-132, 338105-25/В-132 від 21.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БІФРЕН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул або 15 капсул у блістері з плівки полівінілхлоридної та фольги алюмінієвої друкованої лакованої; по 1, 2 або 6 блістерів по 10 капсул або по 2 або 4 блістери по 15 капсул разом з інструкцією для медичного застосування поміщають в пачку з картону для споживчої тари</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338104-25/В-132, 338105-25/В-132 від 21.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БІФРЕН®, капсули по 250 мг, по 10 капсул або 15 капсул у блістері з плівки полівінілхлоридної та фольги алюмінієвої друкованої лакованої; по 1, 2 або 6 блістерів по 10 капсул або по 2 або 4 блістери по 15 капсул разом з інструкцією для медичного застосування поміщають в пачку з картону для споживчої тари</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                              |                            |                            |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                            |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | <b>__._.2025</b><br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340244-25/3-146 від 30.06.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                            |
| <b>Передано:</b>               | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. заявник)           |
|                                | (П.І.Б. співробітник ВКК)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340244-25/3-146 від 30.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340244-25/3-146 від 30.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>БРАМІТОБ, розчин для інгаляцій, 300 мг/4 мл по 4 мл в ампулі; по 4 ампули в герметично запаяному стрипі; по 16, 28 або 56 ампул у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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 ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл<br>по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл<br>по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл<br>по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342974-25/3-130 від 15.08.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | БУДЕСОНІД АСТРАЗЕНЕКА, суспензія для розпилення, 0,25 мг/мл або 0,5 мг/мл<br>по 2 мл в контейнері з пластику; по 5 контейнерів, з'єднаних між собою, у конверті з алюмінієвої фольги; по 4 конверти у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                         |           |                           |
|-------------------------|-----------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |           |                           |
| Передано:               | __._.2025 |                           |
|                         | (дата)    | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025 |                           |
|                         | (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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                   |                          |                           |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                          |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                         |                            |
|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                         |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __ . __ .2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __ . __ .2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                         |           |                           |
|-------------------------|-----------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |           |                           |
| Передано:               | __._.2025 |                           |
|                         | (дата)    | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025 |                           |
|                         | (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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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   | З34045-25/В-144 від 14.03.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |
| Заявник  | ТОВ «Тева Україна», Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334045-25/В-144 від 14.03.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАЛСАРТАН А-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/80 мг, по 5 мг/160 мг, по 10 мг/160 мг; по 7 таблеток у блістері, по 2 або 4 блістери у коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ «Тева Україна», Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     |                      |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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   | 344704-25/3-144 від 12.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРИНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці |
| Заявник  | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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   | 344704-25/3-144 від 12.09.2025  |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРИНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці |  |
| Заявник  | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |  |
| Тип посвідчення  | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344704-25/3-144 від 12.09.2025  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВАРІВАКС ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ВІТРИНОЇ ВІСПИ ЖИВА АТЕНУЙОВАНА, порошок та розчинник для суспензії для ін'єкцій, 1 флакон з порошком (1 доза) в комплекті з 1 флаконом з розчинником (вода для ін'єкцій) в картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)     |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)     |                            |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 341481-25/3-140 від 18.07.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ВЕРТИГОХЕЕЛЬ ІН`ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону |  |
| <b>Заявник</b>   | Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341481-25/3-140 від 18.07.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ВЕРТІГОХЕЕЛЬ ІН`ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341481-25/3-140 від 18.07.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ВЕРТИГОХЕЕЛЬ ІН`ЄКЦІЇ, розчин для ін'єкцій по 1,1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 або по 2 або по 20 контурних чарункових упаковок у коробці з картону</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ, Німеччина</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                  |                            |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                  |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)           |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)           |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 327707-24/3-126, 327708-24/3-126, 331221-25/3-126, 334297-25/3-126 від 09.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %; по 20 г, або по 50 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці |
| Заявник  | Халеон КХ САРЛ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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   | 327707-24/3-126, 327708-24/3-126, 331221-25/3-126, 334297-25/3-126 від 09.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %; по 20 г, або по 50 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці |
| Заявник  | Халеон КХ САРЛ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефону (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 327707-24/3-126, 327708-24/3-126, 331221-25/3-126, 334297-25/3-126 від 09.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ВОЛЬТАРЕН ЕМУЛЬГЕЛЬ, емульгель для зовнішнього застосування 1 %; по 20 г, або по 50 г, або по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці |
| Заявник  | Халеон КХ САРЛ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 339396-25/3-130 від 16.06.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл;<br>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту папером; по 5 шприців у картонній коробці;<br>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом;<br>по 5 шприців у картонній коробці;<br>по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| Заявник  | Байєр АГ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339396-25/3-130 від 16.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл;<br/>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту папером; по 5 шприців у картонній коробці;<br/>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом;<br/>по 5 шприців у картонній коробці;<br/>по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Байер АГ, Німеччина</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339396-25/3-130 від 16.06.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГАДОВІСТ 1,0, розчин для ін'єкцій, 1 ммоль/мл;<br/>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у скляному шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту папером; по 5 шприців у картонній коробці;<br/>по 5 мл або по 7,5 мл, або по 10 мл у пластиковому шприці, вкладеному у прозору пластикову коробку, закриту поліетиленом;<br/>по 5 шприців у картонній коробці;<br/>по 7,5 мл або по 15 мл у скляному флаконі; по 1 флакону у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Байер АГ, Німеччина</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| Заявник  | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |  |
| Тип посвідчення  | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |               |                            |
|-------------------------------------|---------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |               |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __ . __ .2025 |                            |
|                                     | (дата)        | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __ . __ .2025 |                            |
|                                     | (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   | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| Заявник  | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |  |
| Тип посвідчення  | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 323062-24/3-124, 323063-24/3-124, 323064-24/3-124, 323065-24/3-124, 323066-24/3-124, 323067-24/3-124, 323068-24/3-124, 323069-24/3-124, 323070-24/3-124, 323071-24/3-124, 323072-24/3-124, 323073-24/3-124, 323074-24/3-124, 323075-24/3-124, 337334-25/3-124, 338137-25/3-124 від 02.10.2024  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЕМЛІБРА®, розчин для ін'єкцій по 30 мг/1 мл; по 1 мл (30 мг); по 0,4 мл (12 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою;<br>розчин для ін'єкцій по 150 мг/1 мл; по 0,4 мл (60 мг); по 0,7 мл (105 мг); по 1 мл (150 мг) у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                |                            |
|-------------------------------------|----------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __ . __ . 2025 |                            |
|                                     | (дата)         | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __ . __ . 2025 |                            |
|                                     | (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   | 344543-25/В-120 від 11.09.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГЛОДУ НАСТОЙКА, настойка по 50 мл або по 100 мл у флаконах, по 100 мл у банках |
| Заявник  | ПрАТ "Біолік", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344543-25/В-120 від 11.09.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЛОДУ НАСТОЙКА, настойка по 50 мл або по 100 мл у флаконах, по 100 мл у банках |  |
| <b>Заявник</b>   | ПрАТ "Біолік", Україна   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344543-25/В-120 від 11.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГЛОДУ НАСТОЙКА, настояка по 50 мл або по 100 мл у флаконах, по 100 мл у банках</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ПрАТ "Біолік", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 343610-25/В-100 від 26.08.2025                                     |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 100 мг/мл по 200 мл у пляшках скляних |
| Заявник  | ТОВ "Юрія-Фарм", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343610-25/В-100 від 26.08.2025</b>                                     |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 100 мг/мл по 200 мл у пляшках скляних</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Юрія-Фарм", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343610-25/В-100 від 26.08.2025</b>                                     |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 100 мг/мл по 200 мл у пляшках скляних</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Юрія-Фарм", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                             |                            |
|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(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   | 334998-25/В-60, 334999-25/В-60, 345558-25/В-28 від 28.03.2025              |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 або 400 мл у пляшках скляних |
| Заявник  | ТОВ "Юрія-Фарм", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення                                      |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>334998-25/В-60, 334999-25/В-60, 345558-25/В-28 від 28.03.2025</b>              |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 або 400 мл у пляшках скляних</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Юрія-Фарм", Україна</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>                                      |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                             |                           |
|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                             |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__.__.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334998-25/В-60, 334999-25/В-60, 345558-25/В-28 від 28.03.2025              |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ГЛЮКОЗА, розчин для інфузій, 50 мг/мл; по 200 або 400 мл у пляшках скляних |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Юрія-Фарм", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення                                      |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>320674-24/3-137 від 13.08.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГРЕГОРЕЛ (БУЛО: ТІКАГРЕТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картоном</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Реєстрація</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                            |
| <b>Передано:</b>               | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. заявник)           |
|                                | (П.І.Б. співробітник ВКК)  |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 320674-24/3-137 від 13.08.2024  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ГРЕГОРЕЛ (БУЛО: ТІКАГРЕТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону |
| Заявник  | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Реєстрація  |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>320674-24/3-137 від 13.08.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ГРЕГОРЕЛ (БУЛО: ТІКАГРЕТ), таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 90 мг; по 14 таблеток у блістері; по 4 блістери в пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Реєстрація</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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  | 338044-25/3-120 від 20.05.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону; |
| Заявник   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                     |                           |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                     |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                  |                            |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                  |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)           |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)           |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|   |   |
|---|---|
| Реєстраційна форма, дата  | 338044-25/3-120 від 20.05.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону; |
| Заявник   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціалъпрепарате мбХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| <b>Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія</b> |   |  |
| <b>ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів</b>   |   |  |
| <b>Акти виконаних робіт (оригінал та копія)</b>  |   |  |
| <b>Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)</b>   |   |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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  | 338044-25/3-120 від 20.05.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону; |
| Заявник   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |                  |                            |
|-------------------------------------|------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                  |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)           |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b> | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)           |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|   |   |
|---|---|
| Реєстраційна форма, дата  | 338044-25/3-120 від 20.05.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону; |
| Заявник   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціалъпрепарате мбХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338044-25/3-120 від 20.05.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАКАРБАЗИН МЕДАК, порошок для приготування розчину для ін'єкцій або інфузій по 100 мг та по 200 мг 10 флаконів з порошком у коробці з картону;<br/>порошок для приготування розчину для інфузій по 500 мг та по 1000 мг 1 флакон з порошком у коробці з картону;</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина</b>  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| <b>Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія</b> |   |  |
| <b>ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів</b>   |   |  |
| <b>Акти виконаних робіт (оригінал та копія)</b>  |   |  |
| <b>Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)</b>   |   |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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   | 342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону |
| Заявник  | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                   |                                 |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                                 |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону |
| Заявник  | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                   |                                 |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                                 |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342572-25/В-146, 342575-25/В-146 від 07.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ДАЛМАКСІН, супозиторії по 0,2 г по 5 супозиторіїв у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці з картону; in bulk: по 5 супозиторіїв у блістері; по 180 блістерів у ящику з гофрокартону |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МОБІЛЬ МЕДІКАЛ", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344889-25/В-116 від 16.09.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДЕКРИСТОЛ® КРАПЛІ, краплі оральні, розчин 20000 МО/мл; по 10 мл розчину у флаконі-крапельниці з кришкою, що загвинчується; по 1 флакону у пачці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                            |
| <b>Передано:</b>               | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. заявник)           |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. співробітник ВКК)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344889-25/В-116 від 16.09.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДЕКРІСТОЛ® КРАПЛІ, краплі оральні, розчин 20000 МО/мл; по 10 мл розчину у флаконі-крапельниці з кришкою, що загвинчується; по 1 флакону у пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344889-25/В-116 від 16.09.2025</b>  |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДЕКРИСТОЛ® КРАПЛІ, краплі оральні, розчин 20000 МО/мл; по 10 мл розчину у флаконі-крапельниці з кришкою, що загвинчується; по 1 флакону у пачці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |  |
|  | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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   | 341687-25/В-117 від 23.07.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ДЕФТОЦИЛ, спрей для ротової порожнини 1,5 мг/мл; по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону;<br>по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою та ковпачком в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341687-25/В-117 від 23.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДЕФТОЦИЛ, спрей для ротової порожнини 1,5 мг/мл; по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону;<br/>по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою та ковпачком в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341687-25/В-117 від 23.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДЕФТОЦИЛ, спрей для ротової порожнини 1,5 мг/мл; по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону;<br/>по 30 мл у поліетиленовому контейнері з кришкою та ковпачком в комплекті з пристроєм для розпилювання у пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Товариство з обмеженою відповідальністю "ПРЕДСТАВНИЦТВО БАУМ ФАРМ ГМБХ", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                                 |                            |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                                 |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__ . __ . 2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__ . __ . 2025</b><br>(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  | 344574-25/3-124 від 11.09.2025   |  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ДОЛУТЕГРАВІР, ЛАМІВУДИН ТА ТЕНОФОВІР ДИЗОПРОКСИЛ ФУМАРАТ ТАБЛЕТКИ 50 МГ/300 МГ/300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/300 мг/300 мг; по 30 або 60 таблеток у пластиковому контейнері з двома пакетиками вологопоглинача; по 90 таблеток у пластиковому контейнері з трьома пакетиками вологопоглинача |  |
| Заявник   | Люпін Лімітед, Індія   |  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |  |
| Тип посвідчення   | Лист   |  |
|   | <b>Відмітка</b>  |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |  |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344574-25/3-124 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ДОЛУТЕГРАВІР, ЛАМІВУДИН ТА ТЕНОФОВІР ДИЗОПРОКСИЛ ФУМАРАТ ТАБЛЕТКИ 50 МГ/300 МГ/300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/300 мг/300 мг; по 30 або 60 таблеток у пластиковому контейнері з двома пакетиками вологопоглинача; по 90 таблеток у пластиковому контейнері з трьома пакетиками вологопоглинача |                 |
| <b>Заявник</b>   | Люпін Лімітед, Індія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                            |                     |                           |
|----------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b> |                     |                           |
| Передано оператором ВКК    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344574-25/3-124 від 11.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДОЛУТЕГРАВІР, ЛАМІВУДИН ТА ТЕНОФОВІР ДИЗОПРОКСИЛ ФУМАРАТ ТАБЛЕТКИ 50 МГ/300 МГ/300 МГ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 50 мг/300 мг/300 мг; по 30 або 60 таблеток у пластиковому контейнері з двома пакетиками вологопоглинача; по 90 таблеток у пластиковому контейнері з трьома пакетиками вологопоглинача</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Люпін Лімітед, Індія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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   | 342146-25/3-82, 342147-25/3-82 від 30.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ДОСТИНЕКС, таблетки по 0,5 мг; по 2 або по 8 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |
| Заявник  | ПФАЙЗЕР ІНК., США   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342146-25/3-82, 342147-25/3-82 від 30.07.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ДОСТИНЕКС, таблетки по 0,5 мг; по 2 або по 8 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ПФАЙЗЕР ІНК., США   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342146-25/3-82, 342147-25/3-82 від 30.07.2025   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ДОСТИНЕКС, таблетки по 0,5 мг; по 2 або по 8 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | ПФАЙЗЕР ІНК., США   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 329133-24/3-149 від 30.12.2024  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 340 мкг/12 мкг; по 60 доз порошку для інгаляцій в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому пакеті кожен, разом із пакетиком з осушувачем в коробці з картону |
| Заявник  | БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>329133-24/3-149 від 30.12.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 340 мкг/12 мкг; по 60 доз порошку для інгаляцій в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому пакеті кожен, разом із пакетиком з осушувачем в коробці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                   |                            |                           |
|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>329133-24/3-149 від 30.12.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ДУАКЛІР® ДЖЕНУЕЙР®, порошок для інгаляцій, 340 мкг/12 мкг; по 60 доз порошку для інгаляцій в інгаляторі; по 1 або по 3 інгалятори в алюмінієвому ламінованому пакеті кожен, разом із пакетиком з осушувачем в коробці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                     |                            |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | <b>__._.2025</b><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | <b>__._.2025</b><br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 336910-25/В-148, 336911-25/В-148, 336913-25/В-148, 336914-25/В-148, 336915-25/В-148, 336916-25/В-148, 336918-25/В-148, 336919-25/В-148, 336920-25/В-148, 344710-25/В-148 від 30.04.2025 |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; по 10 мл у флаконі; по 1, 5 або 10 флаконів у пачці   |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                         |           |                           |
|-------------------------|-----------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |           |                           |
| Передано:               | __._.2025 |                           |
|                         | (дата)    | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025 |                           |
|                         | (дата)    | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 336910-25/В-148, 336911-25/В-148, 336913-25/В-148, 336914-25/В-148, 336915-25/В-148, 336916-25/В-148, 336918-25/В-148, 336919-25/В-148, 336920-25/В-148, 344710-25/В-148 від 30.04.2025 |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; по 10 мл у флаконі; по 1, 5 або 10 флаконів у пачці   |  |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                          |                           |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                          |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 336910-25/В-148, 336911-25/В-148, 336913-25/В-148, 336914-25/В-148, 336915-25/В-148, 336916-25/В-148, 336918-25/В-148, 336919-25/В-148, 336920-25/В-148, 344710-25/В-148 від 30.04.2025 |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін`екцій та інфузій по 40 мг; по 10 мл у флаконі; по 1, 5 або 10 флаконів у пачці   |  |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334422-25/В-118, 334423-25/В-118, 334424-25/В-118, 334425-25/В-118, 334426-25/В-118, 334427-25/В-118, 334428-25/В-118, 334429-25/В-118, 344609-25/В-118, 344610-25/В-118 від 21.03.2025 |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; in bulk: по 564 флакони у коробці   |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334422-25/В-118, 334423-25/В-118, 334424-25/В-118, 334425-25/В-118, 334426-25/В-118, 334427-25/В-118, 334428-25/В-118, 334429-25/В-118, 344609-25/В-118, 344610-25/В-118 від 21.03.2025 |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; in bulk: по 564 флакони у коробці   |  |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                          |                           |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                          |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __ . __ . 2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 334422-25/В-118, 334423-25/В-118, 334424-25/В-118, 334425-25/В-118, 334426-25/В-118, 334427-25/В-118, 334428-25/В-118, 334429-25/В-118, 344609-25/В-118, 344610-25/В-118 від 21.03.2025 |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕЗОНЕКСА®, ліофілізат для розчину для ін'єкцій та інфузій по 40 мг; in bulk: по 564 флакони у коробці   |  |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)     |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)     |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 344105-25/3-116 від 04.09.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЕКСОПОН, розчин для інфузій, 10 мг/мл; по 100 мл розчину у контейнері в захисному пакеті; по 12 контейнерів в захисному пакеті у картонній коробці |
| Заявник  | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата)     |
|                         | (П.І.Б. заявник)          |
|                         | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344105-25/3-116 від 04.09.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЕКСОПОН, розчин для інфузій, 10 мг/мл; по 100 мл розчину у контейнері в захисному пакеті; по 12 контейнерів в захисному пакеті у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344105-25/3-116 від 04.09.2025</b>   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЕКСОПОН, розчин для інфузій, 10 мг/мл; по 100 мл розчину у контейнері в захисному пакеті; по 12 контейнерів в захисному пакеті у картонній коробці</b> |  |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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 ВЛ   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __._.2025<br>(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   | 321347-24/3-123, 343802-25/3-147 від 27.08.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |
| Заявник  | Кедріон С.П.А., Італія  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 321347-24/3-123, 343802-25/3-147 від 27.08.2024   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
|                                   | (дата)     |                           |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |
|                                   | (дата)     |                           |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 321347-24/З-123, 343802-25/З-147 від 27.08.2024   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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   | 321347-24/3-123, 343802-25/3-147 від 27.08.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |
| Заявник  | Кедріон С.П.А., Італія  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                           |
|-------------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата)     |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 321347-24/3-123, 343802-25/3-147 від 27.08.2024   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 321347-24/З-123, 343802-25/З-147 від 27.08.2024   |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕМОКЛОТ, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці з маркуванням українською мовою |  |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
|                                     | (дата)     |                            |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |
|                                     | (дата)     |                            |

ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 333370-25/З-120, 333371-25/З-120, 333372-25/З-120 від 04.03.2025                              |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг по 10 пакетиків у картонній коробці |
| Заявник  | БІОКОДЕКС, Франція  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 333370-25/З-120, 333371-25/З-120, 333372-25/З-120 від 04.03.2025                              |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг по 10 пакетиків у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | БІОКОДЕКС, Франція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 333370-25/3-120, 333371-25/3-120, 333372-25/3-120 від 04.03.2025                              |  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЕНТЕРОЛ 250, порошок для орального застосування по 250 мг по 10 пакетиків у картонній коробці |  |
| <b>Заявник</b>   | БІОКОДЕКС, Франція  |  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |  |
|  | <b>Відмітка</b>   |  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |  |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>   |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                              | (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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                              | (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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 333135-25/В-100 від 28.02.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЕПОБІОКРИН, розчин для ін'єкцій по 1000 МО; розчин для ін'єкцій по 2000 МО; розчин для ін'єкцій по 10000 МО; розчин для ін'єкцій по 4000 МО; по 1 мл в попередньо наповненому шприці; по 5 попередньо наповнених шприців у блістері; по 1 блістеру у пачці; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру у пачці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "ФЗ "СТАДА" , Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                              | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343733-25/В-06 від 28.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343733-25/В-06 від 28.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343733-25/В-06 від 28.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343733-25/В-06 від 28.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343733-25/В-06 від 28.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЗОНІК, капсули тверді по 25 мг, по 50 мг, по 14 капсул у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній упаковці; in bulk: №5880 (14x 420): по 14 капсул у блістері; по 420 блістерів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344763-25/В-147 від 15.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІБУПРОФЕН-ЗДОРОВ'Я, капсули по 200 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 4000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому; капсули по 400 мг, по 10 капсул у блістері, по 1 або 2 блістери в коробці; in bulk: № 3000 у пакеті поліетиленовому у контейнері пластмасовому |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339907-25/3-140, 339908-25/3-140 від 24.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ІЛОМЕДІН, концентрат для розчину для інфузій, 20 мкг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Байер АГ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339907-25/3-140, 339908-25/3-140 від 24.06.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ІЛОМЕДІН, концентрат для розчину для інфузій, 20 мкг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Байер АГ, Німеччина</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 339907-25/3-140, 339908-25/3-140 від 24.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ІЛЮМЕДІН, концентрат для розчину для інфузій, 20 мкг/мл; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці |                 |
| Заявник  | Байер АГ, Німеччина   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 340878-25/В-147 від 09.07.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ІНФЛАМАФЕРТИН®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник   | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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  | 340878-25/В-147 від 09.07.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ІНФЛАМАФЕРТИН®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник   | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 340878-25/В-147 від 09.07.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ІНФЛАМАФЕРТИН®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344124-25/3-146 від 04.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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   | 344124-25/3-146 від 04.09.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344124-25/З-146 від 04.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>324980-24/З-148, 325099-24/З-148 від 31.10.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>324980-24/3-148, 325099-24/3-148 від 31.10.2024</b>  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>324980-24/З-148, 325099-24/З-148 від 31.10.2024</b>  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д-д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                       |                      |                           |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено,<br/>причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано<br/>оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято<br/>співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340675-25/3-132, 340676-25/3-132 від 07.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КВЕНТІАКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг, або по 200 мг, або по 300 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 або 9 блістерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>КРКА, д.д., Ново место, Словенія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343424-25/3-28 від 22.08.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КЕТОСТЕРИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті з алюмінієвої фольги; по 1 пакету в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343424-25/3-28 від 22.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КЕТОСТЕРИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті з алюмінієвої фольги; по 1 пакету в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 343424-25/3-28 від 22.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | КЕТОСТЕРИЛ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 таблеток у блістері; по 5 блістерів у запаяному пакеті з алюмінієвої фольги; по 1 пакету в картонній коробці |
| Заявник  | Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344568-25/3-146 від 11.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344568-25/3-146 від 11.09.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344568-25/3-146 від 11.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КІТРУДА®, концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 4 мл концентрату у флаконі; по 1 флакону з препаратом в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 335756-25/3-147 від 10.04.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | КОЛДРЕКС МАКСГРИП ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, порошок для орального розчину; по 5 або 10 пакетів у картонній коробці; |
| Заявник   | СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 335756-25/З-147 від 10.04.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КОЛДРЕКС МАКСГРИП ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, порошок для орального розчину; по 5 або 10 пакетів у картонній коробці; |                 |
| <b>Заявник</b>   | СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 335756-25/3-147 від 10.04.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КОЛДРЕКС МАКСГРИП ЗІ СМАКОМ ЛІСОВИХ ЯГІД, порошок для орального розчину; по 5 або 10 пакетів у картонній коробці; |                 |
| <b>Заявник</b>   | СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                              | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337273-25/3-148, 337274-25/3-148 від 02.05.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КОЛЕДАН, краплі оральні, розчин, 15000 МО; по 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 337273-25/З-148, 337274-25/З-148 від 02.05.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | КОЛЕДАН, краплі оральні, розчин, 15000 МО; по 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| Заявник  | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна  |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337273-25/3-148, 337274-25/3-148 від 02.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | КОЛЕДАН, краплі оральні, розчин, 15000 МО; по 10 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 319543-24/З-116, 319545-24/З-116, 326080-24/З-118 від 24.07.2024             |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | КУЛЕНТО, гранули 4 мг по 0,5 г гранул у саше; по 28 саше у картонній коробці |
| Заявник   | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>319543-24/3-116, 319545-24/3-116, 326080-24/3-118 від 24.07.2024</b>             |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>КУЛЕНТО, гранули 4 мг по 0,5 г гранул у саше; по 28 саше у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 319543-24/З-116, 319545-24/З-116, 326080-24/З-118 від 24.07.2024             |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | КУЛЕНТО, гранули 4 мг по 0,5 г гранул у саше; по 28 саше у картонній коробці |                 |
| Заявник  | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                       |                           |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                       |                           |
| <b>Передано:</b>               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | ___.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343859-25/3-120 від 29.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЛАМАЛ®, таблетки по 50 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 100 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 25 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону;<br>таблетки по 200 мг по 15 таблеток у блістері, по 2 блістери у пачці з картону; |                 |
| <b>Заявник</b>  | АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мбХ, Німеччина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343790-25/3-97, 343791-25/3-97, 343792-25/3-97 від 28.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛЕФЛЮТАБ, таблетки вкриті оболонкою, по 10 мг, по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; таблетки вкриті оболонкою, по 20 мг, по 15 або по 30 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру в пачці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Медак Гезельшафт фюр клініше Шпеціальпрепарате мБХ, Німеччина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>326651-24/3-118 від 25.11.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері; по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>326651-24/3-118 від 25.11.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері; по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>326651-24/3-118 від 25.11.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЛІНЕССА, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 300 мл у поліетиленовому або поліпропіленовому контейнері; по 1 контейнеру в сріблястому пакеті в картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>329203-24/3-126 від 30.12.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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   | 329203-24/3-126 від 30.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЛІНІПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці |                 |
| Заявник  | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація  |                 |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 329203-24/3-126 від 30.12.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці |
| Заявник  | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація   |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>329203-24/3-126 від 30.12.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 329203-24/3-126 від 30.12.2024   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЛІНПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 329203-24/3-126 від 30.12.2024  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЛІНІПАРЗА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг та по 150 мг; по 8 таблеток в блістері; по 7 блістерів в картонній коробці |
| Заявник  | АСТРАЗЕНЕКА АБ, Швеція  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація  |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 341725-25/В-124 від 23.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ЛІПОТІОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 10 блістерів у картонній коробці |
| Заявник   | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 341725-25/В-124 від 23.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЛІПОТІОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 10 блістерів у картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 341725-25/В-124 від 23.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ЛІПОТІОН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 10 блістерів у картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 340340-25/3-138, 345673-25/3-138 від 01.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл; по 250 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в плівці в коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340340-25/3-138, 345673-25/3-138 від 01.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл; по 250 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в плівці в коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340340-25/3-138, 345673-25/3-138 від 01.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>МОКСИН, розчин для інфузій, 400 мг/250 мл; по 250 мл препарату в контейнері; по 1 контейнеру в плівці в коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340828-25/В-120, 340829-25/В-120, 340830-25/В-120 від 09.07.2025</b>                                    |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, порошок (субстанція) в пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340828-25/В-120, 340829-25/В-120, 340830-25/В-120 від 09.07.2025</b>                                    |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, порошок (субстанція) в пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340828-25/В-120, 340829-25/В-120, 340830-25/В-120 від 09.07.2025</b>                                    |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, порошок (субстанція) в пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                          |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br><br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br/>краплі назальні 0,1 %;<br/>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br>краплі назальні 0,1 %;<br>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br>краплі назальні 0,1 %;<br>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>  | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>  | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br/>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br/>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі<br/>поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з<br/>картону</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br/>краплі назальні 0,1 %;<br/>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br>краплі назальні 0,1 %;<br>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340905-25/В-145, 340906-25/В-145, 340907-25/В-145 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %;<br>краплі назальні 0,1 %;<br>по 10 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |             |                            |
|-------------------------------------|-------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | ___.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | ___.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>  | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>  | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340912-25/В-60, 340913-25/В-60, 340914-25/В-60 від 09.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НАФТИЗИН®, краплі назальні 0,05 %, 0,1 %<br/>по 10 мл у флаконі поліетиленовому; по 1 флакону в пачці з картону ;<br/>по 10 мл у флаконі поліетиленовому з дозатором або у флаконі<br/>поліетиленовому з пробкою-крапельницею; по 1 флакону в пачці з<br/>картону</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>АТ "Фармак", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 342324-25/3-130, 342325-25/3-130 від 04.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій,<br>по 100 мг<br>№1: по 100 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Санofi Б.В., Нідерланди  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 342324-25/3-130, 342325-25/3-130 від 04.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій,<br>по 100 мг<br>№1: по 100 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Санофі Б.В., Нідерланди  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                               |                          |                           |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                          |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 342324-25/3-130, 342325-25/3-130 від 04.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НЕКСВІАДИМ, порошок для приготування концентрату для розчину для інфузій,<br>по 100 мг<br>№1: по 100 мг порошку для приготування концентрату для розчину для інфузій у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Санофі Б.В., Нідерланди  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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  | 339663-25/3-137 від 20.06.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці |
| Заявник   | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339663-25/3-137 від 20.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339663-25/3-137 від 20.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 339663-25/3-137 від 20.06.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці |
| <b>Заявник</b>  | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339663-25/3-137 від 20.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339663-25/3-137 від 20.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НІЛОТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 50 мг, по 150 мг або по 200 мг; по 7 капсул у блістері; по 4 блістери в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br/>таблетки по 10 мг;<br/>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br>таблетки по 10 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br>таблетки по 10 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br/>таблетки по 10 мг;<br/>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br>таблетки по 10 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342797-25/3-120, 342798-25/3-120 від 13.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | НОРМОДИПІН, таблетки по 5 мг;<br>таблетки по 10 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |
| <b>Заявник</b>                                 | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист   |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                            |                        |                           |
|----------------------------|------------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                        |                           |
| Передано:                  | ___.___.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | ___.___.2025<br>(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   | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |                 |
| Заявник  | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                            |            |                           |
|----------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято                   | __.__.2025 |                           |

співробітником ВЛ

(дата)

(П.І.Б. співробітник ВЛ)

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |                 |
| Заявник  | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ | __.__.2025 |                          |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято                   | __.__.2025 |                          |

співробітником  
ДКЕМ

|        |                            |
|--------|----------------------------|
|        |                            |
| (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |
| <b>Заявник</b>                                 | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист   |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                            |                     |                           |
|----------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                     |                           |
| Передано:                  | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __._.2025<br>(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   | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |                 |
| Заявник  | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 | __.__.2025 |                           |
|                         | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято                | __.__.2025 |                           |

співробітником ВЛ

(дата)

(П.І.Б. співробітник ВЛ)

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 340146-25/3-144, 340147-25/3-144, 340148-25/3-144, 340149-25/3-144, 340150-25/3-144 від 26.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ОКТАНАТ, порошок для розчину для ін'єкцій по 50 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 5 мл (250 МО/флакон) або 10 мл (500 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою; порошок для розчину для ін'єкцій по 100 МО/мл; Картонна коробка №1: містить 1 флакон з порошком для розчину для ін'єкцій. Картонна коробка №2: містить 1 флакон з розчинником (вода для ін'єкцій по 10 мл (1000 МО/флакон)) та комплект для розчинення та внутрішньовенного введення (1 шприц одноразовий, 1 двостороння голка, 1 голка з фільтром, 1 голка для ін'єкцій, 2 просочені спиртом тампони) у пакеті або блістері. Коробка № 1 та коробка № 2 об'єднуються між собою пластиковою плівкою |                 |
| Заявник  | Октафарма Фармацевтика Продуктiонсгес. м.б.Х., Австрія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ | __.__.2025 |                          |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято                   | __.__.2025 |                          |

співробітником  
ДКЕМ

|        |                            |
|--------|----------------------------|
|        |                            |
| (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»**

|   |   |
|---|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 336684-25/3-128, 336685-25/3-128, 336686-25/3-128, 336687-25/3-128, 336688-25/3-128, 336689-25/3-128, 336690-25/3-128, 336691-25/3-128 від 24.04.2025 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ОПАТАНОЛ®, краплі очні, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; 1 або 3 флакони-крапельниці в коробці з картону з маркуванням українською мовою       |
| <b>Заявник</b>  | Новартіс Фарма АГ, Швейцарія  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                       |                           |
|-------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                       |                           |
| Передано:               | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 336684-25/3-128, 336685-25/3-128, 336686-25/3-128, 336687-25/3-128, 336688-25/3-128, 336689-25/3-128, 336690-25/3-128, 336691-25/3-128 від 24.04.2025 |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ОПАТАНОЛ®, краплі очні, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; 1 або 3 флакони-крапельниці в коробці з картону з маркуванням українською мовою       |                 |
| <b>Заявник</b>  | Новартіс Фарма АГ, Швейцарія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |   |
|---|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 336684-25/3-128, 336685-25/3-128, 336686-25/3-128, 336687-25/3-128, 336688-25/3-128, 336689-25/3-128, 336690-25/3-128, 336691-25/3-128 від 24.04.2025 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ОПАТАНОЛ®, краплі очні, 1 мг/мл; по 5 мл у флаконі-крапельниці; 1 або 3 флакони-крапельниці в коробці з картону з маркуванням українською мовою       |
| <b>Заявник</b>  | Новартіс Фарма АГ, Швейцарія  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                              | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>335728-25/3-120 від 10.04.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ОТИНУМ, краплі вушні, 0,2 г/г;<br/>по 10 г у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 335728-25/3-120 від 10.04.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ОТИНУМ, краплі вушні, 0,2 г/г;<br>по 10 г у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>335728-25/3-120 від 10.04.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ОТИНУМ, краплі вушні, 0,2 г/г;<br/>по 10 г у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Віатріс Хелскеа ГмбХ, Німеччина</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                    |                          |                            |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                          |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br><br>(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  | 315972-24/З-96 від 27.05.2024  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці |
| Заявник   | "Хемофарм" АД, Республіка Сербія                                       |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>315972-24/3-96 від 27.05.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>"Хемофарм" АД, Республіка Сербія</b>                                       |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                               |                          |                           |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                          |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>315972-24/3-96 від 27.05.2024</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПАНТЕНОЛ, мазь, 50 мг/г по 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>"Хемофарм" АД, Республіка Сербія</b>                                       |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 345771-25/В-146 від 06.10.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПАПАВЕРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 345771-25/В-146 від 06.10.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПАПАВЕРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |             |                           |
|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |             |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 345771-25/В-146 від 06.10.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПАПАВЕРИН, розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 100 ампул у коробці з картону з перегородками; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |             |                            |
|------------------------------------|-------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |             |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (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   | 341177-25/3-124, 341178-25/3-124 від 14.07.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блистері; по 5 або 10 блистерів у картонній коробці |                 |
| Заявник  | Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341177-25/3-124, 341178-25/3-124 від 14.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блистері; по 5 або 10 блистерів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 341177-25/3-124, 341178-25/3-124 від 14.07.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блистері; по 5 або 10 блистерів у картонній коробці |                 |
| Заявник  | Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344506-25/В-146 від 10.09.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПЕНЦИКЛОВІР-ЗДОРОВ'Я, крем, 10 мг/г по 5 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна</b>          |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 344506-25/В-146 від 10.09.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕНЦИКЛОВІР-ЗДОРОВ'Я, крем, 10 мг/г по 5 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону |
| Заявник  | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна          |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 344506-25/В-146 від 10.09.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕНЦИКЛОВІР-ЗДОРОВ'Я, крем, 10 мг/г по 5 г у тубі; по 1 тубі у коробці з картону |
| Заявник  | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ'Я", Україна          |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343435-25/3-124 від 22.08.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл; по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |
|---|--|
| Реєстраційна форма, дата  | 343435-25/3-124 від 22.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл; по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| Заявник   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 343435-25/3-124 від 22.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕР'ЄТА®, концентрат для розчину для інфузій по 420 мг/14 мл; по 14 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| Заявник  | ТОВ "Рош Україна", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 328649-24/З-123, 343623-25/З-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник   | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення   | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 328649-24/З-123, 343623-25/З-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник  | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 328649-24/3-123, 343623-25/3-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник  | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 328649-24/З-123, 343623-25/З-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник   | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення   | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 328649-24/З-123, 343623-25/З-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник  | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 328649-24/З-123, 343623-25/З-121 від 23.12.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЕЦЕФ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг або по 200 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці |                 |
| Заявник  | Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення  | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 322249-24/В-124, 322256-24/В-124, 333657-25/В-124 від 16.09.2024  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 28 (14x2): по 14 таблеток у блистері; по 2 блистери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 322249-24/В-124, 322256-24/В-124, 333657-25/В-124 від 16.09.2024  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 28 (14x2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 322249-24/В-124, 322256-24/В-124, 333657-25/В-124 від 16.09.2024  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПЛАВІКС®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 75 мг; № 28 (14x2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці |                 |
| Заявник  | ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343434-25/3-124 від 22.08.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343434-25/3-124 від 22.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343434-25/З-124 від 22.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                    |             |                            |
|------------------------------------|-------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |             |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343434-25/3-124 від 22.08.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Рош Україна", Україна   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                       |                           |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                       |                           |
| Передано:                  | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 343434-25/3-124 від 22.08.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | ТОВ "Рош Україна", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                               |             |                           |
|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |             |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>343434-25/3-124 від 22.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПОЛАЙВІ®, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 30 мг; по 30 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці; порошок для концентрату для розчину для інфузій по 140 мг; по 140 мг у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Рош Україна", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                    |                        |                            |
|------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                        |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | ___.___.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | ___.___.2025<br>(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  | 340713-25/3-149 від 07.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПРОЛЮТЕКС, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 1 мл у флаконі; по 7 флаконів в картонній коробці |
| Заявник   | ІБСА Інститут Біохімік СА, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 340713-25/3-149 від 07.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПРОЛЮТЕКС, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 1 мл у флаконі; по 7 флаконів в картонній коробці |
| Заявник  | ІБСА Інститут Біохімік СА, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340713-25/З-149 від 07.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПРОЛЮТЕКС, розчин для ін'єкцій, 25 мг/мл; по 1 мл у флаконі; по 7 флаконів в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ІБСА Інститут Біохімік СА, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 340879-25/В-147 від 09.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ПРОПЕС®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник   | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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   | 340879-25/В-147 від 09.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПРОПЕС®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 340879-25/В-147 від 09.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ПРОПЕС®, розчин для ін'єкцій; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул в коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 333755-25/3-140 від 11.03.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                     |                           |
|----------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                     |                           |
| Передано:                  | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __._.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>333755-25/3-140 від 11.03.2025</b>  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>333755-25/3-140 від 11.03.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ПРОПОФОЛ-ЛІПУРО 1%, емульсія для інфузій, 10 мг/мл; по 20 мл в ампулі; по 5 ампул у картонній коробці; по 50 мл або по 100 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 345162-25/В-140 від 22.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | РЕМІСАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г гранул в саше, по 30 саше у коробці |
| Заявник   | Товариство з обмеженою відповідальністю "СТІФ-СЕРВІС", Україна                                  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 345162-25/В-140 від 22.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | РЕМІСАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г гранул в саше, по 30 саше у коробці |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "СТІФ-СЕРВІС", Україна                                  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 345162-25/В-140 від 22.09.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | РЕМІСАР, гранули для оральної суспензії, 100 мг/2 г; по 2 г гранул в саше, по 30 саше у коробці |
| Заявник  | Товариство з обмеженою відповідальністю "СТІФ-СЕРВІС", Україна                                  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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   | 314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці |
| Заявник  | Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення  | Лист   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                       |                           |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                       |                           |
| Передано:                  | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | ___.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>314685-24/3-116, 314689-24/3-116, 329476-25/3-116 від 01.05.2024</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕМІФЕНТАНІЛ-ВІСТА, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій або інфузій по 1 мг або по 2 мг або по 5 мг у флаконі скляному; по 5 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340458-25/3-126, 340459-25/3-126, 340460-25/3-126 від 02.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РЕНФЛЕКСІС, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 100 мг; по 100 мг у флаконі місткістю 20 мл з прозорого боросилікатного скла типу I з гумовою пробкою та алюмінієвим ковпачком з кришкою flip-off; по 1 флакону в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Самсунг Біоепіс Ко., Лтд., Республіка Корея</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата)       |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(дата)       |
|                                | (П.І.Б. заявник)          |
|                                | (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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 340458-25/3-126, 340459-25/3-126, 340460-25/3-126 від 02.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | РЕНФЛЕКСІС, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 100 мг; по 100 мг у флаконі місткістю 20 мл з прозорого боросилікатного скла типу І з гумовою пробкою та алюмінієвим ковпачком з кришкою flip-off; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>                                 | Самсунг Біоепіс Ко., Лтд., Республіка Корея  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни І та ІІ типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
|  | Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b>           |                 |
|  | ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |                 |
|  | Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |                 |
|  | Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |                 |

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

|                                   |                       |                           |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                       |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 340458-25/3-126, 340459-25/3-126, 340460-25/3-126 від 02.07.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | РЕНФЛЕКСІС, порошок для концентрату для розчину для інфузій по 100 мг; по 100 мг у флаконі місткістю 20 мл з прозорого боросилікатного скла типу І з гумовою пробкою та алюмінієвим ковпачком з кришкою flip-off; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>                                 | Самсунг Біоепіс Ко., Лтд., Республіка Корея  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни І та ІІ типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
|  | Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія                  |                 |
|  | ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |                 |
|  | Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |                 |
|  | Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |                 |

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

|                                     |                       |                            |
|-------------------------------------|-----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                       |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | ___.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 340113-25/3-124 від 26.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | РІАЛТРИС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56, 120 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Гленмарк Спеціалті С.А., Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340113-25/3-124 від 26.06.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РІАЛТРИС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56, 120 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Гленмарк Спеціалті С.А., Швейцарія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340113-25/3-124 від 26.06.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РІАЛТРИС, спрей назальний, дозований, суспензія; по 56, 120 або 240 доз у поліетиленовому флаконі; по 1 флакону з дозуючим насосом-розпилювачем, закритим ковпачком, у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Гленмарк Спеціалті С.А., Швейцарія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |             |                            |
|-------------------------------------|-------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |             |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | ___.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | ___.__.2025 |                            |
|                                     | (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  | 337753-25/В-144 від 14.05.2025  |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | РІГОССЕ® ПЛЮЩ, сироп, 7 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в пачці |
| Заявник   | ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Перереєстрація  |
| Тип посвідчення   | Реєстраційне посвідчення  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337753-25/В-144 від 14.05.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РІТОССЕ® ПЛЮЩ, сироп, 7 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в пачці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                               |                          |                           |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                          |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337753-25/В-144 від 14.05.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>РІТОССЕ® ПЛЮЩ, сироп, 7 мг/мл по 100 мл у флаконі, по 1 флакону з мірною ложкою в пачці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 341105-25/В-147 від 14.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | САЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 25 мл або по 40 мл у флаконах |
| Заявник   | ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Перереєстрація   |
| Тип посвідчення   | Реєстраційне посвідчення   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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   | 341105-25/В-147 від 14.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | САЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 25 мл або по 40 мл у флаконах |
| Заявник  | ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація   |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| Реєстраційна форма, дата   | 341105-25/В-147 від 14.07.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | САЛІЦИЛОВА КИСЛОТА, розчин для зовнішнього застосування, спиртовий 2 %; по 25 мл або по 40 мл у флаконах |
| Заявник  | ТОВ "ДКП "Фармацевтична фабрика", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація   |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338918-25/3-124, 338919-25/3-124, 339055-25/3-124 від 09.06.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | САЛЮФАЛЬК, гранули гастрорезистентні пролонгованої дії по 1,5 г; по 2,79 г гранул у пакеті "Грану-Стикс"; по 35 пакетів у коробці з картоном |                 |
| <b>Заявник</b>   | Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338918-25/3-124, 338919-25/3-124, 339055-25/3-124 від 09.06.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | САЛЮФАЛЬК, гранули гастрорезистентні пролонгованої дії по 1,5 г; по 2,79 г гранул у пакеті "Грану-Стикс"; по 35 пакетів у коробці з картону |                 |
| <b>Заявник</b>   | Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338918-25/3-124, 338919-25/3-124, 339055-25/3-124 від 09.06.2025</b>  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>САЛЮФАЛЬК, гранули гастрорезистентні пролонгованої дії по 1,5 г; по 2,79 г гранул у пакеті "Грану-Стикс"; по 35 пакетів у коробці з картону</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>339402-25/3-149 від 16.06.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>САЛЮФАЛЬК, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у коробці з картоном</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339402-25/3-149 від 16.06.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | САЛЮФАЛЬК, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у коробці з картоном |                 |
| <b>Заявник</b>   | Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339402-25/3-149 від 16.06.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | САЛЮФАЛЬК, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 10 блістерів у коробці з картоном |                 |
| <b>Заявник</b>   | Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343312-25/В-97 від 20.08.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці |
| <b>Заявник</b>   | АТ "Фармак", Україна  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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   | 343312-25/В-97 від 20.08.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці |                 |
| Заявник  | АТ "Фармак", Україна  |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 343312-25/В-97 від 20.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | САНОРИН, краплі назальні, розчин, 1 мг/мл, по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом із кришкою-крапельницею в коробці |
| Заявник  | АТ "Фармак", Україна  |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344073-25/3-116 від 03.09.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>СОРЦЕФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344073-25/3-116 від 03.09.2025</b>  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>СОРЦЕФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344073-25/3-116 від 03.09.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>СОРЦЕФ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг; по 5 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній коробці; по 7 таблеток у блістері, по 1 блістеру в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 342477-25/3-97 від 06.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | СТЕРЕПРАЗ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці |
| Заявник   | Стерил-Джен Лайф Сайєнсиз (ІІ) Лтд., Індія  |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура  | Зміни І та ІІ типів   |
| Тип посвідчення   | Лист  |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 342477-25/3-97 від 06.08.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | СТЕРЕПРАЗ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці |
| Заявник  | Стерил-Джен Лайф Сайенсиз (І) Лтд., Індія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342477-25/3-97 від 06.08.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>СТЕРЕПРАЗ, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 40 мг, по 1 або по 10 флаконів з порошком у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Стерил-Джен Лайф Сайенсиз (І) Лтд., Індія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 333646-25/3-45 від 10.03.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТАФНЕКСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 333646-25/3-45 від 10.03.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТАФНЕКСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата   | 333646-25/3-45 від 10.03.2025  |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ТАФНЕКСТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці |                 |
| Заявник  | ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія   |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура   | Перереєстрація   |                 |
| Тип посвідчення  | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 342484-25/3-149, 342485-25/3-149, 342486-25/3-149 від 06.08.2025                                    |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |                 |
| Заявник   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |                 |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення   | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342484-25/3-149, 342485-25/3-149, 342486-25/3-149 від 06.08.2025                                    |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| Реєстраційна форма, дата   | 342484-25/3-149, 342485-25/3-149, 342486-25/3-149 від 06.08.2025                                    |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |
| Заявник  | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |
| Тип посвідчення  | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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  | 342484-25/З-149, 342485-25/З-149, 342486-25/З-149 від 06.08.2025                                    |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |                 |
| Заявник   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |                 |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення   | Лист  |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                         |                     |                           |
|-------------------------|---------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                     |                           |
| Передано:               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342484-25/3-149, 342485-25/3-149, 342486-25/3-149 від 06.08.2025                                    |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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    | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                            | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342484-25/3-149, 342485-25/3-149, 342486-25/3-149 від 06.08.2025                                    |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕМОДАЛ®, капсули по 20 мг; по 100 мг; по 1 капсулі у саше; по 5 або по 20 саше у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340111-25/3-124 від 26.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ТЕНОФОВІРУ АЛАФЕНАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 25 мг; по 30 таблеток у флаконі разом з одним або двома контейнерами, що містять осушувач; по 1 флакону в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата)       |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(дата)       |
|                                | (П.І.Б. заявник)          |
|                                | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340111-25/3-124 від 26.06.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ТЕНОФОВІРУ АЛАФЕНАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 25 мг; по 30 таблеток у флаконі разом з одним або двома контейнерами, що містять осушувач; по 1 флакону в картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |                 |
|---|--|-----------------|
| Реєстраційна форма, дата  | 340111-25/3-124 від 26.06.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ТЕНОФОВІРУ АЛАФЕНАМІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 25 мг; по 30 таблеток у флаконі разом з одним або двома контейнерами, що містять осушувач; по 1 флакону в картонній коробці |                 |
| Заявник   | Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія  |                 |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |                 |
| Тип посвідчення   | Лист   |                 |
|   |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |                 |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344545-25/3-144, 344546-25/3-144, 344547-25/3-144, 344548-25/3-144, 344549-25/3-144, 344550-25/3-144 від 11.09.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТАНУС ГАММА, розчин для ін'єкцій, 250 МО/1 мл; по 1 мл (250 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці; розчин для ін'єкцій, 500 МО/2 мл; по 2 мл (500 МО) у попередньо наповненому шприці з голкою для введення; по 1 шприцу в картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Кедріон С.П.А., Італія  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342562-25/3-123 від 07.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТРАКСИМ®/ТЕТРАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ АДСОРБОВАНА, ІНАКТИВОВАНА, РІДКА, суспензія для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій в картонній коробці, в якій міститься стандартно-експортна упаковка та інструкція для медичного застосування з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами |                 |
| <b>Заявник</b>   | Санофі Пастер, Франція  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 342562-25/3-123 від 07.08.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТЕТРАКСИМ®/TETRAХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ АДСОРБОВАНА, ІНАКТИВОВАНА, РІДКА, суспензія для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій в картонній коробці, в якій міститься стандартно-експортна упаковка та інструкція для медичного застосування з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами |                 |
| <b>Заявник</b>   | Санофі Пастер, Франція  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>342562-25/3-123 від 07.08.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ТЕТРАКСИМ®/TETRAХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ) ТА ПОЛІОМІЄЛІТУ АДСОРБОВАНА, ІНАКТИВОВАНА, РІДКА, суспензія для ін'єкцій; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій, в картонній коробці з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами; по 1 попередньо заповненому шприцу по 0,5 мл (1 доза) з прикріпленою голкою (або 2-ма окремими голками), що містить суспензію для ін'єкцій в картонній коробці, в якій міститься стандартно-експортна упаковка та інструкція для медичного застосування з маркуванням українською або англійською, або іншими іноземними мовами</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Санофі Пастер, Франція</b>  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |



**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТІУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТІУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337425-25/В-137 від 06.05.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337425-25/В-137 від 06.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг;<br/>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br/>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br/>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Перереєстрація</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337425-25/В-137 від 06.05.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТИУРЕКС®, таблетки, по 25 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |                     |                            |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                     |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __._.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТІУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |                          |                           |
|-------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                          |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br><br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337429-25/В-139 від 06.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ТИУРЕКС®, таблетки, по 12,5 мг або по 50 мг;<br>№ 30 (10x3): по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній упаковці;<br>№ 60 (10x6): по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у картонній упаковці;<br>№ 90 (10x9): по 10 таблеток у блістері, по 9 блістерів у картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Перереєстрація   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(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   | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |                 |
| Заявник  | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |
| <b>Заявник</b>                                 | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист  |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |
| <b>Заявник</b>                                 | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист  |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                                    |            |                            |
|------------------------------------|------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |            |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025 |                            |
|                                    | (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   | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |                 |
| Назва лікарського засобу, форма випуску  | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |                 |
| Заявник  | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |                 |
| Наказ МОЗ України  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| Реєстраційна процедура   | Зміни I та II типів   |                 |
| Тип посвідчення  | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                         |                      |                           |
|-------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено, причина     |                      |                           |
| Передано:               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |
| <b>Заявник</b>                                 | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист  |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>                | 344167-25/3-147, 344168-25/3-147, 344169-25/3-147, 344170-25/3-147 від 05.09.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b> | ТІКОВАК ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл, по 0,25 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; суспензія для ін'єкцій по 2,4 мкг/0,5 мл; по 0,5 мл суспензії у попередньо наповненому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами |
| <b>Заявник</b>                                 | ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США  |
| <b>Наказ МОЗ України</b>                       | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>                  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>                         | Лист  |

|  | Відмітка |
|--|----------|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |          |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |          |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |          |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |          |

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

|                              |                      |                            |
|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина       |                      |                            |
| Передано співробітником ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |



**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |
|---|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 338267-25/3-144 від 23.05.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ФАРИНГОСЕПТ ЗІ СМАКОМ М'ЯТИ, льодяники пресовані, по 10 мг; по 10 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>  | Сан Фармасьютікал Індастріз Лімітед, Індія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 338267-25/3-144 від 23.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФАРИНГОСЕПТ ЗІ СМАКОМ М'ЯТИ, льодяники пресовані, по 10 мг; по 10 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>338267-25/3-144 від 23.05.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ФАРИНГОСЕПТ ЗІ СМАКОМ М'ЯТИ, льодяники пресовані, по 10 мг; по 10 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сан Фармасьютикал Індастріз Лімітед, Індія</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341310-25/3-145 від 16.07.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br/>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br/>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                              |
| <b>Передано:</b>               | <b>___.__.2025</b><br>(дата) |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | <b>___.__.2025</b><br>(дата) |
|                                | (П.І.Б. заявник)             |
|                                | (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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 341310-25/3-145 від 16.07.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                               |             |                           |
|-------------------------------|-------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |             |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | ___.__.2025 |                           |
|                               | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 341310-25/З-145 від 16.07.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                    |             |                            |
|------------------------------------|-------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |             |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>341310-25/3-145 від 16.07.2025</b>  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br/>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br/>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата)      |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(дата)      |
|                                | (П.І.Б. заявник)          |
|                                | (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»**

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 341310-25/3-145 від 16.07.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                   |                       |                           |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                       |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |   |                 |
|---|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 341310-25/3-145 від 16.07.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ФЕКСОФЕН-САНОВЕЛЬ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг;<br>таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 180 мг;<br>по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>  | Сановель Іляч Санаі ве Тиджарет А.Ш., Туреччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |                 |
|   |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |                 |

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

|                                    |             |                            |
|------------------------------------|-------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |             |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (дата)      | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | ___.__.2025 |                            |
|                                    | (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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343927-25/В-97 від 01.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФІТОЛІТ ФОРТЕ Н, капсули, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна); по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМЕКС ГРУП", Україна) |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343927-25/В-97 від 01.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФІТОЛІТ ФОРТЕ Н, капсули, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна); по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМЕКС ГРУП", Україна) |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 343927-25/В-97 від 01.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФІТОЛІТ ФОРТЕ Н, капсули, по 10 капсул у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна); по 10 капсул у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці (для виробника Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМЕКС ГРУП", Україна) |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                     |                      |                            |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |                      |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |
|--|--|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339839-25/3-97, 339840-25/3-97 від 24.06.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФЛОТГО, краплі вушні, по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |
|  | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339839-25/3-97, 339840-25/3-97 від 24.06.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФЛОТГО, краплі вушні, по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                               |            |                           |
|-------------------------------|------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |            |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025 |                           |
|                               | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 339839-25/3-97, 339840-25/3-97 від 24.06.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФЛОТГО, краплі вушні, по 15 мл розчину у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Вкладка до реєстраційного посвідчення  |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344276-25/3-132 від 08.09.2025  |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344276-25/3-132 від 08.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344276-25/3-132 від 08.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344276-25/3-132 від 08.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                |                      |                           |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                      |                           |
| <b>Передано:</b>               | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 344276-25/3-132 від 08.09.2025  |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці |                 |
| <b>Заявник</b>   | ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Реєстраційне посвідчення  |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |            |                           |
|-----------------------------------|------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |            |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025 |                           |
|                                   | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»  
ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>344276-25/3-132 від 08.09.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ФРІФЛО КЛІЗМА, розчин ректальний, 21,4 г/9,4 г в 118 мл, по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці<br/>in bulk: № 36 (1x36) флаконів: по 133 мл у флаконі з індукційною мембраною, наконечником та ковпачком; по 36 флаконів у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна</b>  |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Реєстраційне посвідчення</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                     |            |                            |
|-------------------------------------|------------|----------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>          |            |                            |
| <b>Передано співробітником ВЛ</b>   | __.__.2025 |                            |
|                                     | (дата)     | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| <b>Прийнято співробітником ДКЕМ</b> | __.__.2025 |                            |
|                                     | (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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340790-25/В-100 від 08.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЦЕРЕБРОКУРИН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 0,5 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |   |                 |
|--|---|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340790-25/В-100 від 08.07.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЦЕРЕБРОКУРИН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 0,5 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |                 |
|  |   | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |                 |

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

|                                   |                       |                           |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                       |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | ___.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>340790-25/В-100 від 08.07.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЦЕРЕБРОКУРИН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 0,5 мл в ампулі; по 5 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою; по 2 мл в ампулі; по 5 або 10 ампул у коробці з картону з полімерною чарунковою вкладкою</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>Товариство з обмеженою відповідальністю "НІР", Україна</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | 337293-25/3-146 від 05.05.2025   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | ЦИПРОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці |                 |
| <b>Заявник</b>   | НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | 25.11.2025 р. № 1787   |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | Зміни I та II типів  |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | Лист   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                |                     |                           |
|--------------------------------|---------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>     |                     |                           |
| <b>Передано:</b>               | __._.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| <b>Прийнято оператором ВКК</b> | __._.2025<br>(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»**

|  |   |
|--|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337293-25/3-146 від 05.05.2025</b>   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЦИПРОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці</b> |
| <b>Заявник</b>   | <b>НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина</b>   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>   |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>  |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Лист</b>   |
|  | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |   |

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

|                               |                      |                           |
|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина        |                      |                           |
| Передано<br>оператором ВКК    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято<br>співробітником ВЛ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|   |  |
|---|--|
| Реєстраційна форма, дата  | 337293-25/3-146 від 05.05.2025   |
| Назва лікарського засобу, форма випуску   | ЦИПРОБЕЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці |
| Заявник   | НОБЕЛ ІЛАЧ САНАЇ ВЕ ТІДЖАРЕТ А.Ш., Туреччина   |
| Наказ МОЗ України   | 25.11.2025 р. № 1787   |
| Реєстраційна процедура  | Зміни I та II типів  |
| Тип посвідчення   | Лист   |
|   | <b>Відмітка</b>  |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |  |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |  |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |  |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |  |

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

|                                    |                      |                            |
|------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Відмовлено,<br>причина             |                      |                            |
| Передано<br>співробітником ВЛ      | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято<br>співробітником<br>ДКЕМ | __.__.2025<br>(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»**

|   |   |
|---|---|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>   | 337445-25/З-140, 337446-25/З-140 від 06.05.2025   |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>  | ЯНУВІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці |
| <b>Заявник</b>  | Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія   |
| <b>Наказ МОЗ України</b>  | 25.11.2025 р. № 1787  |
| <b>Реєстраційна процедура</b>   | Зміни I та II типів   |
| <b>Тип посвідчення</b>  | Вкладка до реєстраційного посвідчення   |
|   | <b>Відмітка</b>   |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія |   |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів   |   |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)  |   |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)   |   |

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

|                            |                      |                           |
|----------------------------|----------------------|---------------------------|
| Відмовлено,<br>причина     |                      |                           |
| Передано:                  | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. заявник)          |
| Прийнято<br>оператором ВКК | __.__.2025<br>(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»**

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337445-25/3-140, 337446-25/3-140 від 06.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЯНУВІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

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

|                                   |                      |                           |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|
| <b>Відмовлено, причина</b>        |                      |                           |
| <b>Передано оператором ВКК</b>    | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| <b>Прийнято співробітником ВЛ</b> | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)  |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**  
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Реєстраційна форма, дата</b>  | <b>337445-25/3-140, 337446-25/3-140 від 06.05.2025</b>   |                 |
| <b>Назва лікарського засобу, форма випуску</b>   | <b>ЯНУВІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці</b> |                 |
| <b>Заявник</b>   | <b>Мерк Шарп і Доум ІДЕА ГмбХ, Швейцарія</b>   |                 |
| <b>Наказ МОЗ України</b>   | <b>25.11.2025 р. № 1787</b>  |                 |
| <b>Реєстраційна процедура</b>  | <b>Зміни I та II типів</b>   |                 |
| <b>Тип посвідчення</b>   | <b>Вкладка до реєстраційного посвідчення</b>   |                 |
|  |  | <b>Відмітка</b> |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + <b>додаткова завірена копія</b> |  |                 |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів  |  |                 |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія)   |  |                 |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)  |  |                 |

**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 ВЛ   | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ)   |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | __.__.2025<br>(дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

