

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передає оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передає співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передає оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	288434-23/3-82, 288435-23/3-82, 288436-23/3-82, 288437-23/3-82, 288438-23/3-82 від 08.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передає співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289056-23/3-82 від 21.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці	
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289056-23/3-82 від 21.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (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	289056-23/3-82 від 21.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (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	289056-23/3-82 від 21.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2023 (дата)
Прийнято оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289056-23/3-82 від 21.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (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	289056-23/3-82 від 21.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАРГАТЕФ®, капсули м'які по 100 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 або 12 блістерів у картонній коробці; капсули м'які по 150 мг; по 10 капсул м'яких в алюмінієвому блістері, по 6 блістерів у картонній коробці
Заявник	Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293960-23/В-138 від 11.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, по 10 мл спрею назального у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293960-23/В-138 від 11.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, по 10 мл спрею назального у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці	
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293960-23/В-138 від 11.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАТИЛЕН РИНО ДУО, спрей назальний, по 10 мл спрею назального у флаконі з розпилювачем та ковпачком, який захищає розпилювач; по 1 флакону в картонній коробці	
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289025-23/В-82 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОБРІЇ™, лосьйон, 0,01%/0,045%; по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 60 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289025-23/В-82 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОБРІЇ™, лосьйон, 0,01%/0,045%; по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 60 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	___.___.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)

(П.І.Б. співробітник ВКК)

(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289025-23/В-82 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОБРІЇ™, лосьйон, 0,01%/0,045%; по 45 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 60 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці; по 100 г у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.___.2023 (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	289026-23/3-39 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МЕНТОЛУ ТА ЕВКАЛІПТУ, льодяники, по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2023 (дата)
Прийнято оператором ВКК	(П.І.Б. заявник)
	____.____.2023 (дата)
	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289026-23/3-39 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МЕНТОЛУ ТА ЕВКАЛІПТУ, льодяники, по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289026-23/3-39 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МЕНТОЛУ ТА ЕВКАЛІПТУ, льодяники, по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289021-23/3-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ ЧОРНОЇ СМОРОДИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289021-23/3-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ ЧОРНОЇ СМОРОДИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289021-23/3-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ АКТИВ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ ЧОРНОЇ СМОРОДИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289030-23/3-137 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МАЛИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289030-23/3-137 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МАЛИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова	
Реєстраційна процедура	Реєстрація	
Тип посвідчення	Лист не рекомендація	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289030-23/3-137 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУРОФЛАМ, ЛЬОДЯНИКИ ЗІ СМАКОМ МАЛИНИ, льодяники; по 8 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці
Заявник	Мапекс Консьюмер Хелскер Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109 <u>спрощена відмова</u>
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (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	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (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	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109 <u>спрощена відмова</u>
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (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	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.___.2023 (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	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	_____._____.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	_____._____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109 <u>спрощена відмова</u>
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (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	290785-23/3-06, 290786-23/3-06 від 17.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 2,5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 5 МГ ЕВЕРОЛІМУС ТАБЛЕТКИ 10 МГ , таблетки по 2,5 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістера в картонній коробці
Заявник	Скай Фарма ВЗ-ТОВ, Об'єднані Арабські Емірати
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.___.2023 (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	286019-22/В-128 від 22.12.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЄЛЛОКС, краплі очні, розчин, 0,9 мг/мл по 5 мл у пляшці з крапельницею, по 1 пляшці з крапельницею у картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	286019-22/В-128 від 22.12.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЄЛЛОКС, краплі очні, розчин, 0,9 мг/мл по 5 мл у пляшці з крапельницею, по 1 пляшці з крапельницею у картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	286019-22/В-128 від 22.12.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЄЛЛОКС, краплі очні, розчин, 0,9 мг/мл по 5 мл у пляшці з крапельницею, по 1 пляшці з крапельницею у картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Бауш Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (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	293189-23/3-82 від 27.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЗІРАБЕВ , концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___. ___. 2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293189-23/3-82 від 27.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЗІРАБЕВ , концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293189-23/3-82 від 27.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЗІРАБЕВ , концентрат для розчину для інфузій, 25 мг/мл; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 100 мг/4 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою; по 400 мг/16 мл у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою з нанесенням стикеру українською мовою	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294303-23/В-39, 294304-23/В-39 від 16.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КАБЕРЛАТ®, таблетки по 0,5 мг, по 8 таблеток у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці	
Заявник	АТ "Фармак", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294303-23/В-39, 294304-23/В-39 від 16.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КАБЕРЛАТ®, таблетки по 0,5 мг, по 8 таблеток у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці	
Заявник	АТ "Фармак", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294303-23/В-39, 294304-23/В-39 від 16.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КАБЕРЛАТ®, таблетки по 0,5 мг, по 8 таблеток у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці	
Заявник	АТ "Фармак", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	287891-23/3-98 від 27.01.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЕНГРЕКСАЛ, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій / інфузій, 50 мг; 10 флаконів з порошком у флаконі в картонній коробці з маркуванням італійською, німецькою та англійською мовами зі стікером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	287891-23/3-98 від 27.01.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЕНГРЕКСАЛ, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій / інфузій, 50 мг; 10 флаконів з порошком у флаконі в картонній коробці з маркуванням італійською, німецькою та англійською мовами зі стікером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	287891-23/3-98 від 27.01.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЕНГРЕКСАЛ, порошок для концентрату для розчину для ін'єкцій / інфузій, 50 мг; 10 флаконів з порошком у флаконі в картонній коробці з маркуванням італійською, німецькою та англійською мовами зі стікером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294130-23/3-124 від 15.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАМЗЕДЕ, порошок для розчину для інфузій, 10 мг; по 10 мг у флаконі з маркуванням англійською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням німецькою мовою зі стикером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2023 (дата)
Прийнято оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294130-23/3-124 від 15.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАМЗЕДЕ, порошок для розчину для інфузій, 10 мг; по 10 мг у флаконі з маркуванням англійською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням німецькою мовою зі стикером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294130-23/3-124 від 15.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАМЗЕДЕ, порошок для розчину для інфузій, 10 мг; по 10 мг у флаконі з маркуванням англійською мовою; по 1 флакону в картонній коробці з маркуванням німецькою мовою зі стикером українською мовою
Заявник	К'езі Фармас'ютікелз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	____.____.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)
Прийнято співробітником ДКЕМ	____.____.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (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	289032-23/В-06 від 20.02.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН-ТЕВА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 4 блістери у коробці; або по 850 мг, по 15 таблеток у блістері, по 2 або по 6 блістерів у коробці; або по 1000 мг, по 10 таблеток у блістері, по 6 або по 12 блістерів у коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере
Реєстраційна процедура	Перереєстрація
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято оператором ВКК		

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах	
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах	
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере
Реєстраційна процедура	Перереєстрація
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах	
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	280039-22/3-135 від 25.08.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІКОМЕДА, таблетки з відстроченим вивільненням, 180 мг або 360 мг, по 120 таблеток у флаконах	
Заявник	Альмеда Фармасьютікалс АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284649-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® СВІЖА М`ЯТА, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл, ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену, по 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284649-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® СВИЖА М`ЯТА, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл, ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену, по 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284649-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® СВИЖА М`ЯТА, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл, ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену, по 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284647-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® ФРУКТОВО-М'ЯТНИЙ, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл. ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену. По 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	_____._____.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	_____._____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284647-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® ФРУКТОВО-М'ЯТНИЙ, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл. ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену. По 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	284647-22/3-124 від 30.11.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКОРЕТТЕ® ФРУКТОВО-М'ЯТНИЙ, спрей для ротової порожнини, дозований, 1 мг/доза; по 150 доз спрею у ПЕТ- флаконі ємністю 15 мл. ПЕТ- флакон з механічним розпилювачем і захисним клапаном поміщують у пластиковий футляр із поліпропілену. По 1 або 2 пластикових футляри у пластиковому контурному контейнері із картонною основою	
Заявник	МакНіл АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294141-23/3-100, 294142-23/3-100, 294143-23/3-100, 294144-23/3-100, 294145-23/3-100, 294147-23/3-100, 294148-23/3-100 від 15.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІМЕНРИКС®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 1 доза у флаконі; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці та двома голками запаковують у блістер та вкладають у картонну коробку; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці без голки запаковують у блістер; 10 блістерів вкладають у картонну коробку	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294141-23/3-100, 294142-23/3-100, 294143-23/3-100, 294144-23/3-100, 294145-23/3-100, 294147-23/3-100, 294148-23/3-100 від 15.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІМЕНРИКС®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 1 доза у флаконі; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці та двома голками запаковують у блістер та вкладають у картонну коробку; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці без голки запаковують у блістер; 10 блістерів вкладають у картонну коробку
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	294141-23/3-100, 294142-23/3-100, 294143-23/3-100, 294144-23/3-100, 294145-23/3-100, 294147-23/3-100, 294148-23/3-100 від 15.05.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІМЕНРИКС®, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій, 1 доза у флаконі; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці та двома голками запаковують у блістер та вкладають у картонну коробку; по 1 флакону з порошком (1 доза) в комплекті з розчинником (0,5 мл) у попередньо наповненому шприці без голки запаковують у блістер; 10 блістерів вкладають у картонну коробку
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291385-23/3-138 від 28.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	НУРОФЕН® АКТИВ З ЯГІДНИМ СМАКОМ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 200 мг; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2023 (дата)
Прийнято оператором ВКК	____.____.2023 (дата)
	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291385-23/3-138 від 28.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	НУРОФЕН® АКТИВ 3 ЯГІДНИМ СМАКОМ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 200 мг; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	____.____.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291385-23/3-138 від 28.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	НУРОФЕН® АКТИВ 3 ЯГІДНИМ СМАКОМ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 200 мг; по 6 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_відмова
Реєстраційна процедура	Реєстрація
Тип посвідчення	Лист не рекомендація
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (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	292069-23/3-128, 292070-23/3-128, 292071-23/3-128 від 10.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОНКАСПАР®, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 750 МО/мл; по 3750 МО у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в стандартно-експортній упаковці з маркуванням іноземною мовою, яка міститься в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням іноземною мовою зі стікером українською мовою	
Заявник	ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	292069-23/3-128, 292070-23/3-128, 292071-23/3-128 від 10.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОНКАСПАР®, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 750 МО/мл; по 3750 МО у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в стандартно-експортній упаковці з маркуванням іноземною мовою, яка міститься в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням іноземною мовою зі стікером українською мовою	
Заявник	ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	292069-23/3-128, 292070-23/3-128, 292071-23/3-128 від 10.04.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОНКАСПАР®, порошок для розчину для ін'єкцій/інфузій, 750 МО/мл; по 3750 МО у флаконі; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в стандартно-експортній упаковці з маркуванням іноземною мовою, яка міститься в коробці з картону з маркуванням українською мовою; по 3750 МО у флаконі з маркуванням іноземною мовою; по 1 флакону в коробці з картону з маркуванням іноземною мовою зі стікером українською мовою	
Заявник	ЛЄ ЛАБОРАТУАР СЕРВ'Є, Франція	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	289015-23/3-98, 289017-23/3-98, 289018-23/3-98 від 20.02.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБІНКВО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 блістери у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами; по 100 мг або по 200 мг: по 7 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері, по 4 або по 13 блістерів у картонній коробці з маркуванням українською та англійською мовами	
Заявник	ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	283236-22/3-124, 283237-22/3-124, 283238-22/3-124, 283239-22/3-124, 283241-22/3-124, 283242-22/3-124, 283243-22/3-124, 283244-22/3-124, 283245-22/3-124, 283246-22/3-124, 283247-22/3-124, 283248-22/3-124 від 31.10.2022
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в картонній коробці
Заявник	Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.___.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	283236-22/3-124, 283237-22/3-124, 283238-22/3-124, 283239-22/3-124, 283241-22/3-124, 283242-22/3-124, 283243-22/3-124, 283244-22/3-124, 283245-22/3-124, 283246-22/3-124, 283247-22/3-124, 283248-22/3-124 від 31.10.2022
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в картонній коробці
Заявник	Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__._.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	283236-22/3-124, 283237-22/3-124, 283238-22/3-124, 283239-22/3-124, 283241-22/3-124, 283242-22/3-124, 283243-22/3-124, 283244-22/3-124, 283245-22/3-124, 283246-22/3-124, 283247-22/3-124, 283248-22/3-124 від 31.10.2022
Назва лікарського засобу, форма випуску	СІБРАВА, розчин для ін'єкцій, 284 мг/1,5 мл; по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 попередньо наповненому шприцу в картонній коробці
Заявник	Новартіс Оверсіз Інвестментс АГ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	293519-23/В-98, 293520-23/В-98, 293521-23/В-98, 293522-23/В-98, 293523-23/В-98, 293524-23/В-98 від 05.05.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА, Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+33 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені; Розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл+50 мкг/мл; №3 або №5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	__.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	281851-22/3-121 від 28.09.2022	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕЙБА, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 Од., 1000 Од., 2500 Од.; порошок у флаконах та розчинник (вода для ін'єкцій) по 10 мл (для дозування 500 Од.), по 20 мл (для дозування по 500 Од., 1000 Од.) або 50 мл (для дозування по 2500 Од.) у флаконах. По 1 флакону з порошком у комплекті з 1 флаконом з розчинником та з пристосуванням для розведення ВАХЖЕСТ II Хай Флоу та набором для введення (1 одноразовий шприц, 1 одноразова голка, 1 голка-метелик) у коробці	
Заявник	Бакстер АГ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_пере	
Реєстраційна процедура	Перереєстрація	
Тип посвідчення	Реєстраційне посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
Прийнято співробітником ДКЕМ	__.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291403-23/3-98 від 29.03.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАЙРІМОЗ 40, розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,8 мл; по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці
Заявник	Сандоз ГмбХ, Австрія
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. заявник)
Прийнято оператором ВКК	___.__.2023 (дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291403-23/3-98 від 29.03.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАЙРІМОЗ 40, розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,8 мл; по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці	
Заявник	Сандоз ГмбХ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВКК	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник ВКК)
Прийнято співробітником СЛ	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)

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

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

Реєстраційна форма, дата	291403-23/3-98 від 29.03.2023	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАЙРІМОЗ 40, розчин для ін'єкцій, 40 мг/0,8 мл; по 0,8 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 2 попередньо наповнених шприців у блістерах у картонній коробці	
Заявник	Сандоз ГмбХ, Австрія	
Наказ МОЗ України	19.06.2023 р. № 1109_спрощена_зміни	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником СЛ	___.__.2023	
	(дата)	(П.І.Б. співробітник СЛ)
	___.__.2023	
Прийнято співробітником ДКЕМ	(дата)	(П.І.Б. співробітник ДКЕМ)

