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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306387-23/В-142 від 07.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306387-23/В-142 від 07.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306387-23/В-142 від 07.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **L-ЦЕТ®, сироп, 2,5 мг/5 мл по 60 мл або по 100 мл у флаконах із поліетилену або скла, по 1 флакону з мірною ложкою у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305924-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **S (-) АМЛОДИПІНУ БЕСИЛАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305924-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **S (-) АМЛОДИПІНУ БЕСИЛАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305924-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **S (-) АМЛОДИПІНУ БЕСИЛАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301570-23/3-61 від 18.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІРОН, таблетки по 250 мг по 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301570-23/3-61 від 18.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІРОН, таблетки по 250 мг по 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301570-23/3-61 від 18.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АБІРОН, таблетки по 250 мг по 120 таблеток у контейнері; по 1 контейнеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГЕТЕРО ЛАБЗ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309022-24/B-28 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309022-24/B-28 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309022-24/B-28 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АДЖОВІ™, розчин для ін'єкцій, 225 мг/1,5 мл по 1,5 мл розчину у попередньо наповненому шприці; по 1 або 3 шприци в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308373-24/В-45, 308374-24/В-45 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308373-24/В-45, 308374-24/В-45 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308373-24/В-45, 308374-24/В-45 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЗИТРОМІЦИН-ДАРНИЦЯ, таблетки, вкриті оболонкою, по 500 мг; по 3 таблетки у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301463-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301463-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301463-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301464-23/B-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301464-23/B-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301464-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301465-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301465-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301465-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/850 мг по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301466-23/B-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301466-23/B-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301466-23/В-60 від 14.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЙГЛІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг/1000 мг in bulk: по 20 кг таблеток у поліетиленовому пакеті, вкладеному у потрійний ламінований пакет, що містить пакетик з силікагелем; вкладений у пластиковий барабан** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287705-23/3-06 від 23.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АККОТІМ, капсули тверді, по 20 мг або по 100 мг або по 140 мг або по 180 мг або по 250 мг, по 1 капсулі у саше, по 5 саше у пачці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **263502-21/3-132 від 26.08.2021** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АКЛОГЕРП , таблетки по 200 мг або по 400 мг, по 5 таблеток у блістері, по 2 блілстери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Ауробіндо Фарма Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310628-24/B-96 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕЙКА ГАЛИЧФАРМ, сироп по 100 мл у банці скляній або у флаконі скляному; по 1 банці або флакону з ложкою мірною в пачці ; по 100 мл у флаконі полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; по 200 мл у флаконі скляному або полімерному; по 1 флакону з ложкою мірною в пачці; in bulk по 100 мл у банці скляній, або у флаконі скляному, або флаконі полімерному; по 48 банок скляних, або флаконів скляних, або флаконів полімерних у коробі картонному; in bulk по 200 мл у флаконі скляному або флаконі полімерному; по 30 флаконів скляних або флаконів полімерних у коробі картонному** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309537-24/B-145, 309701-24/B-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕМІКС, сироп, 25 мг/5 мл;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309537-24/В-145, 309701-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕМІКС, сироп, 25 мг/5 мл;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309537-24/В-145, 309701-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЛТЕМІКС, сироп, 25 мг/5 мл;**<br>**по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у комплекті з мірною ложкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308874-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАСТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308874-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАСТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308874-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АНАСТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 1 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305997-23/З-28, 305998-23/З-28, 305999-23/З-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305997-23/3-28, 305998-23/3-28, 305999-23/3-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305997-23/3-28, 305998-23/3-28, 305999-23/3-28 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АРГЕТТ РАПІД, капсули кишковорозчинні тверді по 75 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або по 2, або по 3, або по 5 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дельта Медікел Промоушнз АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309724-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309724-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309724-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 400 мг; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309711-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 800 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309711-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 800 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309711-24/3-143 від 02.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСАКОЛ®, таблетки, вкриті оболонкою, кишковорозчинні по 800 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або по 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Тілотс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304625-23/В-144 від 07.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ АРТЕРІУМ, розчин для ін'єкцій, по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304625-23/В-144 від 07.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ АРТЕРІУМ, розчин для ін'єкцій, по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304625-23/В-144 від 07.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АСПАРКАМ АРТЕРІУМ, розчин для ін'єкцій, по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці; по 10 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307671-23/3-137 від 22.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 10, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 20, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 40, АТОРВАСТАТИН МАКЛЕОДС 80, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 20 мг; по 40 мг; по 80 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 3 або 9 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308114-24/3-116 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИК®, крем 5 % по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308114-24/3-116 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИК®, крем 5 % по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308114-24/3-116 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **АЦИК®, крем 5 % по 2 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307303-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАКЛОФЕН, таблетки по 10 мг, по 25 мг: по 50 таблеток у поліетиленовому флаконі з кришкою із амортизатором та захисним кільцем; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303950-23/3-145 від 30.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАНЕОЦИН, мазь; по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303950-23/3-145 від 30.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАНЕОЦИН, мазь; по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303950-23/3-145 від 30.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БАНЕОЦИН, мазь; по 5 г або 20 г у тубі; по 1 тубі в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299855-23/B-60 від 17.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕКОНАЗЕ, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 100 доз або 180 доз у флаконі поліетиленовому, з'єднаному з дозуючим пристроєм, носовим адаптером та кришечкою; по 1 флакону в коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299855-23/B-60 від 17.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕКОНАЗЕ, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 100 доз або 180 доз у флаконі поліетиленовому, з'єднаному з дозуючим пристроєм, носовим адаптером та кришечкою; по 1 флакону в коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299855-23/B-60 від 17.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕКОНАЗЕ, спрей назальний, суспензія, 50 мкг/дозу; по 100 доз або 180 доз у флаконі поліетиленовому, з'єднаному з дозуючим пристроєм, носовим адаптером та кришечкою; по 1 флакону в коробці;** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300166-23/З-116, 300168-23/З-116, 300169-23/З-116 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЗИЛБЕНЗОАТ ГРІНДЕКС, мазь, 200 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Гріндекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300166-23/З-116, 300168-23/З-116, 300169-23/З-116 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЗИЛБЕНЗОАТ ГРІНДЕКС, мазь, 200 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Гріндекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300166-23/З-116, 300168-23/З-116, 300169-23/З-116 від 23.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНЗИЛБЕНЗОАТ ГРІНДЕКС, мазь, 200 мг/г; по 30 г в тубі; по 1 тубі в пачці картонній** |
| **Заявник** | **АТ "Гріндекс", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311290-24/B-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНФОТІАМІН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311290-24/B-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНФОТІАМІН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311290-24/B-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЕНФОТІАМІН, кристали або кристалічний порошок (субстанція) у пакетах подвійних поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308953-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308953-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308953-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІКАЛУТАМІД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293613-23/3-97, 293614-23/3-97, 309827-24/3-97 від 08.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІОАРОН СИСТЕМ, сироп, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною склянкою в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фітофарм Кленка С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293613-23/3-97, 293614-23/3-97, 309827-24/3-97 від 08.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІОАРОН СИСТЕМ, сироп, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною склянкою в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фітофарм Кленка С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293613-23/3-97, 293614-23/3-97, 309827-24/3-97 від 08.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІОАРОН СИСТЕМ, сироп, по 100 мл у флаконі; по 1 флакону разом з мірною склянкою в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фітофарм Кленка С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310342-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310341-24/B-116 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БІ-ПРЕНЕЛІЯ®, таблетки по 4 мг/5 мг або по 8 мг/10 мг; in bulk: по 10 таблеток у блістері; по 648 блістерів в коробці (по 9 блістерів в пачці; по 72 пачки в коробці)** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303425-23/3-145 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303425-23/3-145 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303425-23/3-145 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БЛЕОНКО, ліофілізат для розчину для ін'єкцій по 15 ОД, 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/B-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/В-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/В-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/B-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/В-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281493-22/В-138 від 21.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **БУКАЇН, розчин для ін'єкцій, 2,5 мг/мл: по 100 мл, 200 мл у пляшках;**<br>**розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл:**<br>**по 5 мл, 20 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці у пачці з картону;**<br>**по 5 мл, 10 мл у флаконах скляних, по 5 флаконів скляних у контурній чарунковій упаковці, по 2 контурні чарункові упаковки у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294293-23/З-142 від 16.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЗОКЕТ®, таблетки по 600 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Страген Фарма СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294293-23/З-142 від 16.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЗОКЕТ®, таблетки по 600 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Страген Фарма СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294293-23/3-142 від 16.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЗОКЕТ®, таблетки по 600 мг по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Страген Фарма СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310738-24/В-145 від 21.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛАЦИКЛОВІРУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного затосування** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310738-24/В-145 від 21.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛАЦИКЛОВІРУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного затосування** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310738-24/В-145 від 21.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛАЦИКЛОВІРУ ГІДРОХЛОРИД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного затосування** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303210-23/B-97, 303211-23/B-97, 303212-23/B-97, 303213-23/B-97, 303214-23/B-97, 305447-23/B-145, 309957-24/B-96, 309958-24/B-96 від 17.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303210-23/B-97, 303211-23/B-97, 303212-23/B-97, 303213-23/B-97, 303214-23/B-97, 305447-23/B-145, 309957-24/B-96, 309958-24/B-96 від 17.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303210-23/B-97, 303211-23/B-97, 303212-23/B-97, 303213-23/B-97, 303214-23/B-97, 305447-23/B-145, 309957-24/B-96, 309958-24/B-96 від 17.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНА ФОРТЕ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 40 мг, по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311031-24/B-28 від 26.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ВОДНО-СПИРТОВИЙ СУХИЙ , порошок (субстанція) у пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311031-24/B-28 від 26.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ВОДНО-СПИРТОВИЙ СУХИЙ , порошок (субстанція) у пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311031-24/В-28 від 26.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛЕРІАНИ ЕКСТРАКТ ВОДНО-СПИРТОВИЙ СУХИЙ , порошок (субстанція) у пакетах із плівки поліетиленової для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Технолог", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311694-24/B-97 від 08.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311694-24/B-97 від 08.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311694-24/B-97 від 08.03.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВАЛСАРТАН, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових мішках для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "ТК "Аврора", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305598-23/3-124 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕЗИКАР™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **296628-23/3-98, 296629-23/3-98 від 23.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВЕНКЛІКСТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг № 14: по 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 50 мг; № 7: по 1 таблетці у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 100 мг; № 7, № 14: по 1 або 2 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; № 112: по 4 таблетки у блістері, по 7 блістерів у картонній коробці; 4 картонні коробки у груповій упаковці** |
| **Заявник** | **ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308858-24/3-116 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗАРСИН® Q-ТАВ®, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 25 мг або по 50 мг, або по 100 мг по 1 таблетці у блістері; по 1 або по 2 блістери в картонній коробці; по 4 таблетки у блістері; по 1, або по 2, або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **294168-23/3-139, 294169-23/3-139 від 15.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ВІЗГЕМ, ліофілізат для розчину для інфузій по 200 мг або по 1000 мг 1 флакон з ліофілізатом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307300-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛАЗОЛІН®, краплі назальні, розчин 0,05 %, 0,1 %; по 10 мл у поліетиленових флаконах-крапельницях з контролем першого відкриття; по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308420-24/B-97, 308421-24/B-97, 308422-24/B-97 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛСТЕНА®, краплі оральні, по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308420-24/B-97, 308421-24/B-97, 308422-24/B-97 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛСТЕНА®, краплі оральні, по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308420-24/B-97, 308421-24/B-97, 308422-24/B-97 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАЛСТЕНА®, краплі оральні, по 20 мл або 50 мл, або 100 мл у флаконах-крапельницях; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ПЕРРІГО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288278-23/3-138 від 03.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАНІРЕЛІКС ГЕДЕОН РІХТЕР (БУЛО:ГАНІРЕЛІКС), розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці по 0,25 мг/0,5 мл; скляний шприц об'ємом 1 мл із закріпленою голкою з нержавіючої сталі з жорсткою насадкою, закритий пробкою-поршнем зі штоком, по 1 або 6 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288278-23/3-138 від 03.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАНІРЕЛІКС ГЕДЕОН РІХТЕР (БУЛО:ГАНІРЕЛІКС), розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці по 0,25 мг/0,5 мл; скляний шприц об'ємом 1 мл із закріпленою голкою з нержавіючої сталі з жорсткою насадкою, закритий пробкою-поршнем зі штоком, по 1 або 6 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288278-23/З-138 від 03.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАНІРЕЛІКС ГЕДЕОН РІХТЕР (БУЛО:ГАНІРЕЛІКС), розчин для ін'єкцій у попередньо наповненому шприці по 0,25 мг/0,5 мл; скляний шприц об'ємом 1 мл із закріпленою голкою з нержавіючої сталі з жорсткою насадкою, закритий пробкою-поршнем зі штоком, по 1 або 6 шприців у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302482-23/З-128, 302483-23/З-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАСТРОГАРД, таблетки жувальні 680 мг/80 мг; по 8 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302482-23/З-128, 302483-23/З-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАСТРОГАРД, таблетки жувальні 680 мг/80 мг; по 8 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302482-23/З-128, 302483-23/З-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГАСТРОГАРД, таблетки жувальні 680 мг/80 мг; по 8 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311287-24/B-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНТАМІЦИНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311287-24/В-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНТАМІЦИНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311287-24/В-145 від 29.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ГЕНТАМІЦИНУ СУЛЬФАТ, порошок (субстанція) у алюмінієвих бідонах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310244-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у ламінованій фользі (стрипі); по 1 стрипу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310244-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у ламінованій фользі (стрипі); по 1 стрипу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310244-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН, супозиторії вагінальні по 100 мг; по 3 супозиторії у ламінованій фользі (стрипі); по 1 стрипу у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310245-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН ПІХВОВИЙ КРЕМ, крем вагінальний 2 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі разом з 3 аплікаторами в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310245-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН ПІХВОВИЙ КРЕМ, крем вагінальний 2 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі разом з 3 аплікаторами в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310245-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДАЛАЦИН ПІХВОВИЙ КРЕМ, крем вагінальний 2 %; по 20 г у тубі; по 1 тубі разом з 3 аплікаторами в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306155-23/В-142 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН ФЛУ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306155-23/В-142 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН ФЛУ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306155-23/В-142 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКАТИЛЕН ФЛУ, льодяники по 8,75 мг; по 12 льодяників у блістері, по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302643-23/В-116 від 06.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-4-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302643-23/В-116 від 06.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-4-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302643-23/В-116 від 06.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕКСАМЕТАЗОН-4-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 4 мг/мл по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 5 контурних чарункових упаковок у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310246-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 1 мл суспензії у флаконі або заповненому шприці, по 1 флакону або 1 шприцу в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310246-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 1 мл суспензії у флаконі або заповненому шприці, по 1 флакону або 1 шприцу в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310246-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 1 мл суспензії у флаконі або заповненому шприці, по 1 флакону або 1 шприцу в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310247-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 3,3 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310247-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 3,3 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310247-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕПО-ПРОВЕРА®, суспензія для ін'єкцій, 150 мг/мл; по 3,3 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310520-24/3-45 від 19.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЕРМАЗОЛ®, крем, 20 мг/г, по 15 г або 30 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці; in bulk №504: по 15 г у тубі; по 504 туби в картонній упаковці; in bulk №320: по 30 г у тубі; по 320 туб в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301387-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДЖАРДІНС® , таблетки, вкриті плівковою оболонкою; по 10 мг та по 25 мг по 10 таблеток у перфорованому блістері; по 1 або 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310241-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310241-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310241-24/3-143 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310259-24/3-145 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДИФЛЮКАН®, капсули по 50 мг; капсули по 100 мг; капсули по 150 мг;**<br>**для дозування 50 мг: по 7 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 100 мг: по 10 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці;**<br>**для дозування 150 мг: по 1 капсулі в блістері; по 1 блістеру в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ІНК., США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/З-06, 288997-23/З-06, 288998-23/З-06, 302912-23/З-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/3-06, 288997-23/3-06, 288998-23/3-06, 302912-23/3-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

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

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/3-06, 288997-23/3-06, 288998-23/3-06, 302912-23/3-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

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

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

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

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

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

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/З-06, 288997-23/З-06, 288998-23/З-06, 302912-23/З-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/3-06, 288997-23/3-06, 288998-23/3-06, 302912-23/3-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288996-23/3-06, 288997-23/3-06, 288998-23/3-06, 302912-23/3-06 від 17.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІЛАКСА®, капсули по 100 мг або по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307349-23/3-61, 307350-23/3-61, 311617-24/3-61 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІМЕТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг по 14 таблеток в блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307349-23/3-61, 307350-23/3-61, 311617-24/3-61 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІМЕТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг по 14 таблеток в блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307349-23/3-61, 307350-23/3-61, 311617-24/3-61 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДІМЕТРІО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2 мг по 14 таблеток в блістері, по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309533-24/B-146 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309533-24/B-146 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309533-24/В-146 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОБЕНЕ, гель, по 20 г або 50 г, або 100 г гелю в тубі; по 1 тубі в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309389-24/3-45 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309389-24/3-45 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309389-24/3-45 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОЛОКСЕН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 таблеток у блістері; по 2 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЄВРО ЛАЙФКЕР ПРАЙВІТ ЛІМІТЕД, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308582-24/B-97, 308583-24/B-97, 308584-24/B-97, 308585-24/B-97 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОНУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308582-24/В-97, 308583-24/В-97, 308584-24/В-97, 308585-24/В-97 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОНУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308582-24/B-97, 308583-24/B-97, 308584-24/B-97, 308585-24/B-97 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМПЕРИДОНУ МАЛЕАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308579-24/B-138, 308580-24/B-138, 308581-24/B-138 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308579-24/B-138, 308580-24/B-138, 308581-24/B-138 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308579-24/В-138, 308580-24/В-138, 308581-24/В-138 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД®, таблетки, вкриті оболонкою, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308571-24/B-45, 308572-24/B-45, 308573-24/B-45 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД® SR, таблетки, пролонгованої дії по 30 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308571-24/B-45, 308572-24/B-45, 308573-24/B-45 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД® SR, таблетки, пролонгованої дії по 30 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308571-24/B-45, 308572-24/B-45, 308573-24/B-45 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДОМРИД® SR, таблетки, пролонгованої дії по 30 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306864-23/В-144, 306865-23/В-144 від 12.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДРОТАВЕРИН ФОРТЕ, таблетки, по 80 мг по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 2 блістеру в коробці з картону; по 20 таблеток у блістері; по 1 блістеру в коробці з картону; in bulk: по 9000 або 15000 таблеток у контейнерах пластмасових** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305264-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 135 мг, по 15 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305264-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 135 мг, по 15 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305264-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 135 мг, по 15 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305265-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, капсули пролонгованої дії, тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 15 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305265-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, капсули пролонгованої дії, тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 15 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305265-23/3-142 від 16.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ДУСПАТАЛІН®, капсули пролонгованої дії, тверді по 200 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 15 капсул у блістері; по 1, 2, або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308951-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМЕСТАН ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308951-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМЕСТАН ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308951-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗЕМЕСТАН ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310622-24/B-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310622-24/B-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310622-24/B-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310166-24/B-61 від 13.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, Розчин нашкірний, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310166-24/B-61 від 13.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, Розчин нашкірний, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310166-24/B-61 від 13.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКЗО-ТІФІН, Розчин нашкірний, 10 мг/мл in bulk: по 50 л у бочці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "КОРПОРАЦІЯ "ЗДОРОВ`Я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304539-23/В-137 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСИБ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 60 мг, по 90 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 3 контурні чарункові упаковки в пачці; по 120 мг, по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/3-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/З-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/3-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/3-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/З-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309909-24/3-100 від 07.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕКСІДЖАД, таблетки, що диспергуються по 250 мг або по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298123-23/3-121 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНЕАС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298123-23/3-121 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНЕАС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298123-23/3-121 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНЕАС, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309616-24/В-124, 309617-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 попередньо наповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 2 попередньо наповнених шприца в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 5 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 2 контурні чарункові упаковки або блістери в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 10 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309616-24/В-124, 309617-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 попередньо наповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 2 попередньо наповнених шприца в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 5 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 2 контурні чарункові упаковки або блістери в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 10 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309616-24/В-124, 309617-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕНОКСАПАРИН-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 10000 анти-Ха МО/мл**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 1 попередньо наповненому шприцу в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 2 попередньо наповнених шприца в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами; по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 5 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 2 контурні чарункові упаковки або блістери в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами;**<br>**по 0,2 мл (2000 анти-Ха МО) або по 0,4 мл (4000 анти-Ха МО) або по 0,6 мл (6000 анти-Ха МО) або по 0,8 мл (8000 анти-Ха МО) в попередньо наповненому шприці з маркуванням українською мовою; по 10 попередньо наповнених шприців в контурній чарунковій упаковці або блістері з маркуванням українською мовою або без маркування; по 1 контурній чарунковій упаковці або блістеру в пачці картонній з маркуванням українською та російською мовами** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298081-23/B-140, 311294-24/B-140 від 19.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕПАЙДРА®, розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл № 5: по 1 картриджу по 3 мл, вмонтованому в одноразовий пристрій - шприц-ручку СолоСтар® (без голок для ін'єкцій), по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298081-23/B-140, 311294-24/B-140 від 19.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕПАЙДРА®, розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл № 5: по 1 картриджу по 3 мл, вмонтованому в одноразовий пристрій - шприц-ручку СолоСтар® (без голок для ін'єкцій), по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298081-23/B-140, 311294-24/B-140 від 19.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕПАЙДРА®, розчин для ін'єкцій, 100 Од./мл № 5: по 1 картриджу по 3 мл, вмонтованому в одноразовий пристрій - шприц-ручку СолоСтар® (без голок для ін'єкцій), по 5 шприц-ручок у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302478-23/В-139 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, сироп, 0,5 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302478-23/В-139 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, сироп, 0,5 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302478-23/В-139 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕРІДЕЗ®, сироп, 0,5 мг/мл по 100 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканчиком в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **275066-22/3-130 від 06.05.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСПЕРОКТ, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 500 МО або 1000 МО або 1500 МО або 2000 МО або 3000 МО; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (0,9% розчин натрію хлориду) по 4 мл у попередньо наповненому шприці № 1, перехідником для флакона та штоком поршня в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/В-82, 309560-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/В-82, 309560-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/B-82, 309560-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309559-24/В-82, 309560-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕСЦИТАЛОПРАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 мг; по 20 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/З-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306196-23/3-140 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг, по 50 мкг, по 75 мкг, по 100 мкг, по 125 мкг, по 150 мкг, по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295431-23/3-100, 295432-23/3-100 від 02.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕУТИРОКС, таблетки по 25 мкг; таблетки по 50 мкг; таблетки по 75 мкг; таблетки по 100 мкг; таблетки по 125 мкг; таблетки по 150 мкг; по 25 таблеток у блістері; по 2 або по 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерк Хелскеа КГаА, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298180-23/З-139, 308711-24/З-139 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФФАХОП 600, таблетки вкриті, плівковою оболонкою, по 600 мг по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298180-23/3-139, 308711-24/3-139 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФФАХОП 600, таблетки вкриті, плівковою оболонкою, по 600 мг по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298180-23/З-139, 308711-24/З-139 від 21.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЕФФАХОП 600, таблетки вкриті, плівковою оболонкою, по 600 мг по 30 таблеток у флаконі; по 1 флакону у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309569-24/B-82, 309570-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОПІКЛОН-ЗН, таблетки, вкриті оболонкою, по 7,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309569-24/B-82, 309570-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОПІКЛОН-ЗН, таблетки, вкриті оболонкою, по 7,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309569-24/B-82, 309570-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЗОПІКЛОН-ЗН, таблетки, вкриті оболонкою, по 7,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308301-24/3-60, 309074-24/3-60 від 10.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУФЕН® ЮНІОР, капсули м'які по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308301-24/3-60, 309074-24/3-60 від 10.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУФЕН® ЮНІОР, капсули м'які по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308301-24/3-60, 309074-24/3-60 від 10.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІБУФЕН® ЮНІОР, капсули м'які по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310108-24/B-96 від 12.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІН-АЛІТЕР, таблетки по 2 мг/0,625 мг або по 4 мг/1,25 мг або по 8 мг/2,5 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ НВФ "МІКРОХІМ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310229-24/B-96 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІПРАДУАЛ, аерозоль дозований по 20 мкг/50 мкг/доза, по 200 доз в алюмінієвих балонах, герметично закритих дозуючим клапаном та забезпечених насадкою-інгалятором із захисним ковпачком; по 1 балону поміщають в пачку з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "МУЛЬТІСПРЕЙ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310229-24/B-96 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІПРАДУАЛ, аерозоль дозований по 20 мкг/50 мкг/доза, по 200 доз в алюмінієвих балонах, герметично закритих дозуючим клапаном та забезпечених насадкою-інгалятором із захисним ковпачком; по 1 балону поміщають в пачку з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "МУЛЬТІСПРЕЙ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310229-24/B-96 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ІПРАДУАЛ, аерозоль дозований по 20 мкг/50 мкг/доза, по 200 доз в алюмінієвих балонах, герметично закритих дозуючим клапаном та забезпечених насадкою-інгалятором із захисним ковпачком; по 1 балону поміщають в пачку з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "МУЛЬТІСПРЕЙ", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304967-23/В-97 від 13.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ЙОДИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304967-23/B-97 від 13.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ЙОДИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304967-23/B-97 від 13.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАЛІЮ ЙОДИД, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302771-23/З-39 від 10.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНДІФОРС-100, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302771-23/3-39 від 10.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНДІФОРС-100, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302771-23/3-39 від 10.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАНДІФОРС-100, капсули тверді по 100 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Манкайнд Фарма Лімітед, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289985-23/3-66, 289986-23/3-66, 289987-23/3-66, 308694-24/3-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 150, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289985-23/3-66, 289986-23/3-66, 289987-23/3-66, 308694-24/3-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 150, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289985-23/3-66, 289986-23/3-66, 289987-23/3-66, 308694-24/3-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 150, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 150 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289982-23/З-66, 289983-23/З-66, 289984-23/З-66, 308695-24/З-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289982-23/3-66, 289983-23/3-66, 289984-23/3-66, 308695-24/3-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **289982-23/3-66, 289983-23/3-66, 289984-23/3-66, 308695-24/3-97 від 03.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАПЕЦИБЕКС 500, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3, 6 або 12 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Аккорд Хелскеа С.Л.У., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295796-23/3-138 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295796-23/3-138 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295796-23/3-138 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАРБАРУТИН , розчин для ін'єкцій; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305621-23/3-140 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАСЕНЛАКС, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305621-23/3-140 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАСЕНЛАКС, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305621-23/3-140 від 22.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАСЕНЛАКС, порошок для орального розчину по 10 г; 10 або 20 саше у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Касен Рекордаті, С.Л., Іспанія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303413-23/В-138 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАТАКСОЛ, краплі очні, розчин, 0,15 мг/мл, по 15 мл у флакони-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303413-23/В-138 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАТАКСОЛ, краплі очні, розчин, 0,15 мг/мл, по 15 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303413-23/В-138 від 20.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАТАКСОЛ, краплі очні, розчин, 0,15 мг/мл, по 15 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302479-23/З-128, 302480-23/З-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАФФЕТІН® ЛЕДІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302479-23/3-128, 302480-23/3-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАФФЕТІН® ЛЕДІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302479-23/З-128, 302480-23/З-128 від 04.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КАФФЕТІН® ЛЕДІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 200 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **АЛКАЛОЇД АД Скоп'є, Республіка Північна Македонія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309353-24/3-132 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше; по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309353-24/3-132 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше; по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309353-24/3-132 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВАНІЛ, гранули 500 мг; по 1,5 г у саше; по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293283-23/B-39, 294721-23/B-39 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КВЕТИРОН® XR АСІНО, таблетки пролонгованої дії, по 50 мг, або 150 мг, або 300 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів в картонній пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304298-23/B-97 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в посудинах Дьюара, цистернах для виробництва кисню медичного газоподібного** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304298-23/B-97 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в посудинах Дьюара, цистернах для виробництва кисню медичного газоподібного** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304298-23/В-97 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КИСЕНЬ МЕДИЧНИЙ РІДКИЙ, рідина (субстанція) в посудинах Дьюара, цистернах для виробництва кисню медичного газоподібного** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Лінде Газ Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305315-23/З-139, 305317-23/З-139, 305318-23/З-139 від 17.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305315-23/З-139, 305317-23/З-139, 305318-23/З-139 від 17.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305315-23/З-139, 305317-23/З-139, 305318-23/З-139 від 17.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛІМЕДИКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 2 мг/1 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери разом із картонним футляром для зберігання блістера у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309571-24/B-82, 309572-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 0,15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 таблеток у блістерах** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309571-24/В-82, 309572-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 0,15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 таблеток у блістерах** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309571-24/В-82, 309572-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗДОРОВ'Я, таблетки по 0,15 мг, по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 30 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 30 таблеток у блістерах** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309577-24/В-82, 309579-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗН, розчин для ін'єкцій 0,01 %, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309577-24/В-82, 309579-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗН, розчин для ін'єкцій 0,01 %, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309577-24/B-82, 309579-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КЛОФЕЛІН-ЗН, розчин для ін'єкцій 0,01 %, по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у коробці з картону; по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309046-24/В-123 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309046-24/В-123 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309046-24/В-123 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОКАРБОКСИЛАЗИ ГІДРОХЛОРИД, розчин для ін`єкцій, 50 мг/2 мл; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309538-24/В-145, 309702-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я , таблетки жувальні по 125 мг; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309538-24/В-145, 309702-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я , таблетки жувальні по 125 мг; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309538-24/В-145, 309702-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я , таблетки жувальні по 125 мг; по 7 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309452-24/В-60, 309453-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, капсули м'які по 125 мг по 10 капсул у блістері; по 1, по 2 або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309452-24/В-60, 309453-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, капсули м'які по 125 мг по 10 капсул у блістері; по 1, по 2 або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309452-24/В-60, 309453-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, капсули м'які по 125 мг по 10 капсул у блістері; по 1, по 2 або по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309454-24/В-60, 309455-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309454-24/В-60, 309455-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309454-24/В-60, 309455-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ`Я, таблетки, вкриті оболонкою, по 125 мг по 7 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309594-24/B-82, 309596-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл, по 30 мл у флаконі, закупореному пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309594-24/В-82, 309596-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл, по 30 мл у флаконі, закупореному пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309594-24/B-82, 309596-24/B-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОЛІГАЗ-ЗДОРОВ'Я, краплі оральні, емульсія, 40 мг/мл, по 30 мл у флаконі, закупореному пробкою-крапельницею та кришкою; по 1 флакону у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308568-24/3-60 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАХІСТ АЛЕРДЖІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308568-24/3-60 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАХІСТ АЛЕРДЖІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308568-24/3-60 від 16.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОНТРАХІСТ АЛЕРДЖІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці; по 7 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці.** |
| **Заявник** | **АТ "Адамед Фарма", Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306220-23/В-134 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306220-23/В-134 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306220-23/В-134 від 04.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КОРВАЛОЛ®К, капсули м'які по 10 капсул у блістері; по 1 або по 3 блістери у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309115-24/3-144 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАЛОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл або по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309115-24/3-144 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАЛОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл або по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309115-24/3-144 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАЛОПТИК ЕКО, краплі очні, розчин, 50 мкг/мл по 2,5 мл або по 7,5 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305966-23/3-124, 306200-23/3-124 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305966-23/3-124, 306200-23/3-124 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305966-23/3-124, 306200-23/3-124 від 29.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 4 блістери в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306022-23/3-140, 306133-23/3-140 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; № 5 (5х1): по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці; № 10 (10х1), № 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306022-23/З-140, 306133-23/З-140 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; № 5 (5х1): по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці; № 10 (10х1), № 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306022-23/З-140, 306133-23/З-140 від 01.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСАРЕЛТО®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг; № 5 (5х1): по 5 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці; № 10 (10х1), № 100 (10х10): по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 10 блістерів у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Байєр АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293302-23/З-82, 293310-23/З-82, 293313-23/З-82 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг, по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293302-23/3-82, 293310-23/3-82, 293313-23/3-82 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг, по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **293302-23/3-82, 293310-23/3-82, 293313-23/3-82 від 01.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **КСТАНДІ, капсули по 40 мг, по 28 капсул у блістері; по 1 блістеру в картонному футлярі; по 4 картонних футляри у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299497-23/В-06 від 11.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІСКІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/г, по 30 мл розчину у полімерному флаконі зі спрей-насосом з розпилювачем, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мікрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299497-23/B-06 від 11.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІСКІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/г, по 30 мл розчину у полімерному флаконі зі спрей-насосом з розпилювачем, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мікрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299497-23/В-06 від 11.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАМІСКІН, спрей нашкірний, розчин, 10 мг/г, по 30 мл розчину у полімерному флаконі зі спрей-насосом з розпилювачем, по 1 флакону у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "Мікрофарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309511-24/В-116, 309512-24/В-116, 309515-24/В-116, 309516-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНОТАН®, краплі очні, 0,05 мг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309511-24/В-116, 309512-24/В-116, 309515-24/В-116, 309516-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНОТАН®, краплі очні, 0,05 мг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309511-24/В-116, 309512-24/В-116, 309515-24/В-116, 309516-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАНОТАН®, краплі очні, 0,05 мг/мл по 2,5 мл у флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303051-23/В-138 від 13.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРНАМІН®, гранули для орального розчину, 3 г/5 г; по 5 г в саше; по 10 або по 30 саше у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303051-23/В-138 від 13.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРНАМІН®, гранули для орального розчину, 3 г/5 г; по 5 г в саше; по 10 або по 30 саше у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303051-23/В-138 від 13.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРНАМІН®, гранули для орального розчину, 3 г/5 г; по 5 г в саше; по 10 або по 30 саше у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297302-23/В-116 від 05.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297302-23/В-116 від 05.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297302-23/В-116 від 05.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛАРФІКС РАПІД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 8 мг по 10 таблеток у блістері, по 1 блістеру у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309463-24/В-60, 309464-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕДІСЕПТ-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 песаріїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309463-24/B-60, 309464-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕДІСЕПТ-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 песаріїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309463-24/В-60, 309464-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕДІСЕПТ-ФАРМЕКС, песарії по 16 мг по 5 песаріїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300722-23/3-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг по 2,5 г порошку для орального розчину в саше; по 10 або 20 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300722-23/3-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг по 2,5 г порошку для орального розчину в саше; по 10 або 20 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300722-23/3-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ, порошок для орального розчину 500 мг/12,2 мг по 2,5 г порошку для орального розчину в саше; по 10 або 20 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300705-23/З-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ МАКС, порошок для орального розчину, 1000 мг/12,2 мг по 10 саше, що містить 5,150 г порошку для орального розчину, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300705-23/З-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ МАКС, порошок для орального розчину, 1000 мг/12,2 мг по 10 саше, що містить 5,150 г порошку для орального розчину, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300705-23/3-139 від 01.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕКАДОЛ ХОТ МАКС, порошок для орального розчину, 1000 мг/12,2 мг по 10 саше, що містить 5,150 г порошку для орального розчину, в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Сандоз Фармасьютікалз д.д., Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308863-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308863-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308863-24/3-146 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛЕТРОЗОЛ ДЖЕНЕФАРМ , таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг; по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері; по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310222-24/B-142 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310222-24/B-142 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310222-24/B-142 від 14.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІБРА®, розчин для інфузій, 42 мг/мл, по 100 мл у пляшці; по 1 пляшці у пачці** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство "Інфузія", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304357-23/В-121 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДАЗА-БІОФАРМА, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304357-23/В-121 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДАЗА-БІОФАРМА, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304357-23/В-121 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІДАЗА-БІОФАРМА, порошок для розчину для ін'єкцій по 64 ОД; 5 флаконів з порошком у блістері; по 2 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВ "ФЗ "БІОФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302888-23/B-97, 302889-23/B-97, 302890-23/B-97, 302891-23/B-97, 302892-23/B-97, 304474-23/B-61, 309658-24/B-96, 309659-24/B-96 від 11.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302888-23/В-97, 302889-23/В-97, 302890-23/В-97, 302891-23/В-97, 302892-23/В-97, 304474-23/В-61, 309658-24/В-96, 309659-24/В-96 від 11.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **302888-23/В-97, 302889-23/В-97, 302890-23/В-97, 302891-23/В-97, 302892-23/В-97, 304474-23/В-61, 309658-24/В-96, 309659-24/В-96 від 11.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛІНЕЗОЛІДИН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 600 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в пачці** |
| **Заявник** | **ПАТ "Київмедпрепарат", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287817-23/3-123, 287818-23/3-123, 298878-23/3-123 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287817-23/3-123, 287818-23/3-123, 298878-23/3-123 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287817-23/З-123, 287818-23/З-123, 298878-23/З-123 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОЗАП® ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою; № 10, № 30 (10х3), № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 9 блістерів у картонній коробці; № 30 (15х2), № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287868-23/3-84, 296726-23/3-84 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287868-23/3-84, 296726-23/3-84 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287868-23/3-84, 296726-23/3-84 від 25.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛОКРЕН®, таблетки, вкриті оболонкою, по 20 мг; № 28 (14х2): по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ЧЕПЛАФАРМ Арцнаймітель ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308764-24/3-121 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308764-24/3-121 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308764-24/3-121 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЛУМІГАН®, краплі очні, розчин, 0,1 мг/мл; по 3 мл у флаконі-крапельниці; по 1 флакону-крапельниці у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Еббві Дойчленд ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299295-23/3-98 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАВЕНКЛАД®, таблетки по 10 мг; по 1, 4 або 6 таблеток в алюмінієвому блістері, запечатаному у картонну обкладинку, яку вміщують у контурну чарункову упаковку та вкладають у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299295-23/3-98 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАВЕНКЛАД®, таблетки по 10 мг; по 1, 4 або 6 таблеток в алюмінієвому блістері, запечатаному у картонну обкладинку, яку вміщують у контурну чарункову упаковку та вкладають у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299295-23/3-98 від 07.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАВЕНКЛАД®, таблетки по 10 мг; по 1, 4 або 6 таблеток в алюмінієвому блістері, запечатаному у картонну обкладинку, яку вміщують у контурну чарункову упаковку та вкладають у картонну коробку** |
| **Заявник** | **Арес Трейдінг С.А., Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309087-24/3-60, 309088-24/3-60, 309089-24/3-60 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАНІНІЛ® 3,5, таблетки по 3,5 мг по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309087-24/3-60, 309088-24/3-60, 309089-24/3-60 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАНІНІЛ® 3,5, таблетки по 3,5 мг по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309087-24/3-60, 309088-24/3-60, 309089-24/3-60 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МАНІНІЛ® 3,5, таблетки по 3,5 мг по 120 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299587-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 250 мг/62,5 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 60 мл суспензії або 1 флакон з порошком для приготування 100 мл суспензії у комплекті з мірною ложечкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299587-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 250 мг/62,5 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 60 мл суспензії або 1 флакон з порошком для приготування 100 мл суспензії у комплекті з мірною ложечкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299587-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 250 мг/62,5 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 60 мл суспензії або 1 флакон з порошком для приготування 100 мл суспензії у комплекті з мірною ложечкою у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299554-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 400 мг/57 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 70 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці; 1 флакон з порошком для приготування 140 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299554-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 400 мг/57 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 70 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці; 1 флакон з порошком для приготування 140 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299554-23/3-134 від 15.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ, порошок для оральної суспензії, 400 мг/57 мг в 5 мл 1 флакон з порошком для приготування 70 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці; 1 флакон з порошком для приготування 140 мл суспензії у комплекті з дозуючим шприцем у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299714-23/3-116 від 16.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕДОКЛАВ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг/125 мг: по 8 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; або по 875 мг/125 мг: по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/З-06, 288195-23/З-06, 288196-23/З-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/3-06, 288195-23/3-06, 288196-23/3-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/3-06, 288195-23/3-06, 288196-23/3-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/З-06, 288195-23/З-06, 288196-23/З-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/3-06, 288195-23/3-06, 288196-23/3-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288194-23/3-06, 288195-23/3-06, 288196-23/3-06 від 01.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕМАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг або 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або 6 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Медокемі ЛТД, Кіпр** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305504-23/3-28 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРАТИН КОМБІ, таблетки вагінальні по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з 10 аплікаторами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305504-23/3-28 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРАТИН КОМБІ, таблетки вагінальні по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з 10 аплікаторами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305504-23/3-28 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕРАТИН КОМБІ, таблетки вагінальні по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з 10 аплікаторами у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309539-24/В-145, 309639-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИЛУРАЦИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні, 500 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309539-24/В-145, 309639-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИЛУРАЦИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні, 500 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309539-24/В-145, 309639-24/В-145 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МЕТИЛУРАЦИЛ-ФАРМЕКС, супозиторії ректальні, 500 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 стрипи в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310643-24/B-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНОКСИКУТАН®, спрей нашкірний, розчин, 20 мг/мл по 60 мл розчину у флаконі із змонтованою насосною системою та адаптером із подовженим наконечником; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310643-24/В-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНОКСИКУТАН®, спрей нашкірний, розчин, 20 мг/мл по 60 мл розчину у флаконі із змонтованою насосною системою та адаптером із подовженим наконечником; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310643-24/B-61 від 20.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІНОКСИКУТАН®, спрей нашкірний, розчин, 20 мг/мл по 60 мл розчину у флаконі із змонтованою насосною системою та адаптером із подовженим наконечником; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "МІБЕ УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/В-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/В-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/B-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297864-23/В-138 від 17.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297864-23/В-138 від 17.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297864-23/В-138 від 17.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 1 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/В-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/В-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308886-24/B-116 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **МІРАКСОЛ, таблетки по 0,25 мг, по 0,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309531-24/В-116, 309532-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІАР® ПЛЮС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309531-24/В-116, 309532-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІАР® ПЛЮС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309531-24/В-116, 309532-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІАР® ПЛЮС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309519-24/B-116, 309524-24/B-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІВОЛОЛ/ГІДРОХЛОРТІАЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг in bulk: 15 кг ± 10 % таблеток у поліетиленовому пакеті; по 1 пакету в поліетиленовий пакет** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309519-24/В-116, 309524-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІВОЛОЛ/ГІДРОХЛОРТІАЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг in bulk: 15 кг ± 10 % таблеток у поліетиленовому пакеті; по 1 пакету в поліетиленовий пакет** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309519-24/В-116, 309524-24/В-116 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕБІВОЛОЛ/ГІДРОХЛОРТІАЗИД, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг/12,5 мг in bulk: 15 кг ± 10 % таблеток у поліетиленовому пакеті; по 1 пакету в поліетиленовий пакет** |
| **Заявник** | **ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **300241-23/3-97 від 24.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРАЛГІН, капсули по 100 мг, по 300 мг, по 400 мг, по 10 капсул у блістері; по 3 блістери у картонній коробці; по 100 капсул у флаконах** |
| **Заявник** | **Фармасайнс Інк., Канада** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307098-23/В-134, 307099-23/В-134 від 14.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕЙРОНОКС, ліофілізований порошок для приготування розчину для ін`єкцій по 50 ОД, 100 ОД, 200 ОД 1 скляний флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ПЛАНЕТА ФІТОЛАН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291442-23/3-45, 291445-23/3-45, 291448-23/3-45, 291466-23/3-45 від 29.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОТАКСЕЛ, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл, по 5 мл (30 мг), або по 16,67 мл (100 мг), або по 25 мл (150 мг), або по 35 мл (210 мг), або по 41,7 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291442-23/3-45, 291445-23/3-45, 291448-23/3-45, 291466-23/3-45 від 29.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОТАКСЕЛ, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл, по 5 мл (30 мг), або по 16,67 мл (100 мг), або по 25 мл (150 мг), або по 35 мл (210 мг), або по 41,7 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **291442-23/3-45, 291445-23/3-45, 291448-23/3-45, 291466-23/3-45 від 29.03.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕОТАКСЕЛ, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл, по 5 мл (30 мг), або по 16,67 мл (100 мг), або по 25 мл (150 мг), або по 35 мл (210 мг), або по 41,7 мл (250 мг) у флаконі; по 1 флакону в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310028-24/B-132 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310028-24/B-132 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310028-24/B-132 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФАМ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг по 10 таблеток у блістері; по 2 або 6 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307573-23/3-143, 307574-23/3-143, 307575-23/3-143, 307576-23/3-143, 307577-23/3-143, 307578-23/3-143, 307579-23/3-143, 307580-23/3-143, 307581-23/3-143, 307582-23/3-143, 307583-23/3-143, 307584-23/3-143 від 21.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307573-23/3-143, 307574-23/3-143, 307575-23/3-143, 307576-23/3-143, 307577-23/3-143, 307578-23/3-143, 307579-23/3-143, 307580-23/3-143, 307581-23/3-143, 307582-23/3-143, 307583-23/3-143, 307584-23/3-143 від 21.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307573-23/3-143, 307574-23/3-143, 307575-23/3-143, 307576-23/3-143, 307577-23/3-143, 307578-23/3-143, 307579-23/3-143, 307580-23/3-143, 307581-23/3-143, 307582-23/3-143, 307583-23/3-143, 307584-23/3-143 від 21.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НЕФРОТЕКТ, розчин для інфузій; по 250 мл або по 500 мл у флаконі; по 10 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фрезеніус Кабі Дойчланд ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307782-23/3-82 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307782-23/3-82 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307782-23/3-82 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288874-23/3-124, 288875-23/3-124, 288876-23/3-124, 288877-23/3-124, 288878-23/3-124, 291530-23/3-100, 291531-23/3-100 від 15.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288874-23/3-124, 288875-23/3-124, 288876-23/3-124, 288877-23/3-124, 288878-23/3-124, 291530-23/3-100, 291531-23/3-100 від 15.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288874-23/3-124, 288875-23/3-124, 288876-23/3-124, 288877-23/3-124, 288878-23/3-124, 291530-23/3-100, 291531-23/3-100 від 15.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НІКСАР® 2,5 МГ/МЛ, розчин оральний, 2,5 мг/мл; по 120 мл у флаконі; по 1 флакону з мірним стаканом у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308125-24/3-143 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг; по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308125-24/3-143 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг; по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308125-24/3-143 від 04.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОВАРИНГ®, кільце вагінальне, 11,7 мг/2,7 мг; по 1 кільцю у саше; по 1 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Органон Сентрал Іст ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301351-23/3-97, 301352-23/3-97 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **НОРФЕПІМ, порошок для розчину для ін'єкцій, 1 г/0,5 г або 2 г/1 г, 1 флакон з порошком в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мілі Хелскере Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309456-24/В-60, 309457-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛОПАТАДИН, краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з кришкою-крапельницею у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309456-24/В-60, 309457-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛОПАТАДИН, краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з кришкою-крапельницею у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309456-24/В-60, 309457-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОЛОПАТАДИН, краплі очні, розчин 1 мг/мл по 5 мл у флаконі; по 1 флакону разом з кришкою-крапельницею у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281826-22/3-135 від 28.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕТРЕН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 ампулою з розчинником (10 мл) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТЕХНОПАК МАНУФЕКЧЕ ЛІМІТЕД, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281826-22/З-135 від 28.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕТРЕН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 ампулою з розчинником (10 мл) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТЕХНОПАК МАНУФЕКЧЕ ЛІМІТЕД, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281826-22/3-135 від 28.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОМЕТРЕН, порошок та розчинник для розчину для ін'єкцій по 40 мг; 1 флакон з порошком та 1 ампула з розчинником; по 1 флакону з порошком у комплекті з 1 ампулою з розчинником (10 мл) у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТЕХНОПАК МАНУФЕКЧЕ ЛІМІТЕД, Ірландія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292596-23/3-92, 292597-23/3-92, 292598-23/3-92 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:100,000 , розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджах, по 10 картриджів в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292596-23/3-92, 292597-23/3-92, 292598-23/3-92 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:100,000 , розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджах, по 10 картриджів в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292596-23/3-92, 292597-23/3-92, 292598-23/3-92 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:100,000 , розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджах, по 10 картриджів в блістері, по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292680-23/3-61, 292681-23/3-61, 292682-23/3-61 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:200,000, розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджі; по 10 картриджів в блістері; по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292680-23/3-61, 292681-23/3-61, 292682-23/3-61 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:200,000, розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджі; по 10 картриджів в блістері; по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292680-23/3-61, 292681-23/3-61, 292682-23/3-61 від 19.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАБЛОК 1:200,000, розчин для ін'єкцій по 1,8 мл у картриджі; по 10 картриджів в блістері; по 5 блістерів в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Піеррел С.п.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307717-23/В-145 від 25.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАДРО, таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 250 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; по 14 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці;**<br>**таблетки, вкриті, плівковою оболонкою, по 500 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "УОРЛД МЕДИЦИН", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297083-23/В-139 від 30.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАЛОР (БУЛО: СЕПТОЛЕКС), розчин для ротової порожнини по 120 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 200 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 200 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297083-23/В-139 від 30.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАЛОР (БУЛО: СЕПТОЛЕКС), розчин для ротової порожнини по 120 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком;<br>по 200 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 200 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **297083-23/В-139 від 30.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОРАЛОР (БУЛО: СЕПТОЛЕКС), розчин для ротової порожнини по 120 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 120 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком;<br>по 200 мл у флаконі скляному в картонній пачці з мірним стаканчиком; по 200 мл у флаконі полімерному в картонній пачці з мірним стаканчиком** |
| **Заявник** | **Приватне акціонерне товариство фармацевтична фабрика "Віола", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/3-132, 281268-22/3-132, 281269-22/3-132, 281270-22/3-132, 281271-22/3-132, 281272-22/3-132, 281273-22/3-132, 281274-22/3-132, 309763-24/3-132, 309764-24/3-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/З-132, 281268-22/З-132, 281269-22/З-132, 281270-22/З-132, 281271-22/З-132, 281272-22/З-132, 281273-22/З-132, 281274-22/З-132, 309763-24/З-132, 309764-24/З-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/3-132, 281268-22/3-132, 281269-22/3-132, 281270-22/3-132, 281271-22/3-132, 281272-22/3-132, 281273-22/3-132, 281274-22/3-132, 309763-24/3-132, 309764-24/3-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/3-132, 281268-22/3-132, 281269-22/3-132, 281270-22/3-132, 281271-22/3-132, 281272-22/3-132, 281273-22/3-132, 281274-22/3-132, 309763-24/3-132, 309764-24/3-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620 (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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/3-132, 281268-22/3-132, 281269-22/3-132, 281270-22/3-132, 281271-22/3-132, 281272-22/3-132, 281273-22/3-132, 281274-22/3-132, 309763-24/3-132, 309764-24/3-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620 (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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **281267-22/3-132, 281268-22/3-132, 281269-22/3-132, 281270-22/3-132, 281271-22/3-132, 281272-22/3-132, 281273-22/3-132, 281274-22/3-132, 309763-24/3-132, 309764-24/3-132 від 19.09.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОСЕТРОН®, розчин для ін'єкцій, 2 мг/мл; по 2 мл (4 мг) або 4 мл (8 мг) в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620 (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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303349-23/B-97, 303350-23/B-97, 303351-23/B-97, 308597-24/B-138 від 19.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні, по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303349-23/В-97, 303350-23/В-97, 303351-23/В-97, 308597-24/В-138 від 19.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні, по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303349-23/В-97, 303350-23/В-97, 303351-23/В-97, 308597-24/В-138 від 19.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОТОН®, краплі вушні, по 16 г у флаконі; по 1 флакону разом з крапельницею у пачці з картону** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **283710-22/3-132 від 09.11.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОФІКС, краплі вушні, розчин, по 15 мл (16,65 г) розчину у скляному флаконі; по 1 флакону разом з аплікатором-крапельницею в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **283710-22/3-132 від 09.11.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОФІКС, краплі вушні, розчин, по 15 мл (16,65 г) розчину у склянному флаконі; по 1 флакону разом з аплікатором-крапельницею в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **283710-22/3-132 від 09.11.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТОФІКС, краплі вушні, розчин, по 15 мл (16,65 г) розчину у склянному флаконі; по 1 флакону разом з аплікатором-крапельницею в картонній коробці** |
| **Заявник** | **АТ "Софарма", Болгарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304437-23/3-124 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА , спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304437-23/3-124 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА , спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304437-23/3-124 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ОТРИВІН ЕКСТРА , спрей назальний, дозований; по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Халеон КХ САРЛ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **286421-22/3-98 від 28.12.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАДЦЕВ, порошок для приготування концентрату для приготування розчину для інфузій по 20 мг або по 30 мг, 1 флакон у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287329-23/В-132 від 16.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , Гранули для орального розчину по 200 мг; по 1 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287329-23/В-132 від 16.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , Гранули для орального розчину по 200 мг; по 1 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287329-23/В-132 від 16.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , Гранули для орального розчину по 200 мг; по 1 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287216-23/В-138 від 13.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , таблетки шипучі по 200 мг; по 2 таблетки у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287216-23/В-138 від 13.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , таблетки шипучі по 200 мг; по 2 таблетки у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287216-23/В-138 від 13.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® , таблетки шипучі по 200 мг; по 2 таблетки у блістері, по 10 блістерів у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287999-23/В-45 від 31.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, гранули для орального розчину, по 600 мг, по 3 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287999-23/В-45 від 31.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, гранули для орального розчину, по 600 мг, по 3 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **287999-23/В-45 від 31.01.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАНКАЛОР® ФОРТЕ, гранули для орального розчину, по 600 мг, по 3 г гранул у саше, по 10 або по 30 саше у картонній упаковці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305923-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305923-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305923-23/В-145 від 28.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПАРАЦЕТАМОЛ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303098-23/3-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303098-23/3-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303098-23/3-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 5 або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303100-23/3-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в комплекті з гігієнічними напальниками в картонній упаковці; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303100-23/З-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в комплекті з гігієнічними напальниками в картонній упаковці; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303100-23/З-82 від 16.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТАСА, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в комплекті з гігієнічними напальниками в картонній упаковці; по 7 супозиторіїв у блістері; по 4 блістери в картонній упаковці** |
| **Заявник** | **Феррінг Інтернешнл Сентер СА, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309361-24/В-116, 309362-24/В-116 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТОКСИФІЛІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін’єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в коробці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309361-24/В-116, 309362-24/В-116 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТОКСИФІЛІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін’єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в коробці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309361-24/В-116, 309362-24/В-116 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕНТОКСИФІЛІН-ЗДОРОВ'Я, розчин для ін’єкцій, 20 мг/мл по 5 мл в ампулі; по 5 ампул в коробці з картону; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309117-24/3-121 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИНОВА МАЗЬ 4%, мазь 4 %; по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ЛМП", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309117-24/3-121 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИНОВА МАЗЬ 4%, мазь 4 %; по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ЛМП", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309117-24/3-121 від 26.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПЕРМЕТРИНОВА МАЗЬ 4%, мазь 4 %; по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "ЛМП", Латвія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298281-23/3-60, 298282-23/3-60, 298283-23/3-60, 298284-23/3-60, 298285-23/3-60 від 24.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298281-23/3-60, 298282-23/3-60, 298283-23/3-60, 298284-23/3-60, 298285-23/3-60 від 24.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298281-23/3-60, 298282-23/3-60, 298283-23/3-60, 298284-23/3-60, 298285-23/3-60 від 24.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПК-МЕРЦ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 100 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Мерц Фармасьютікалс ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303736-23/3-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІЖИНАКС ВІРГО, емульсія вагінальна у капсулах; по 3 капсули в блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303736-23/3-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІЖИНАКС ВІРГО, емульсія вагінальна у капсулах; по 3 капсули в блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303736-23/3-124 від 25.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ПОЛІЖИНАКС ВІРГО, емульсія вагінальна у капсулах; по 3 капсули в блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Лабораторія Іннотек Інтернасьйональ, Франція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303801-23/3-100 від 27.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕВОЛАД™, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Новартіс Фарма АГ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306367-23/3-140, 306368-23/3-140 від 06.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306367-23/З-140, 306368-23/З-140 від 06.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306367-23/З-140, 306368-23/З-140 від 06.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РЕМОТІВ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Амакса Лтд, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306465-23/В-45 від 11.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІНАЗАЛ® ЕКСТРА, спрей назальний, дозований 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозувальним насосом; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306465-23/В-45 від 11.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІНАЗАЛ® ЕКСТРА, спрей назальний, дозований 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозувальним насосом; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **306465-23/В-45 від 11.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІНАЗАЛ® ЕКСТРА, спрей назальний, дозований 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозувальним насосом; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301402-23/3-140, 301403-23/3-140, 301404-23/3-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в саше; по 10, або по 20, або по 50 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301402-23/З-140, 301403-23/З-140, 301404-23/З-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в саше; по 10, або по 20, або по 50 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **301402-23/З-140, 301403-23/З-140, 301404-23/З-140 від 13.09.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РІОПАН, суспензія оральна, 800 мг/10 мл; по 10 мл в саше; по 10, або по 20, або по 50 саше в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Такеда ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **299144-23/3-128 від 02.08.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗЛІТРЕК®, капсули тверді по 100 мг; по 30 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою; капсули тверді по 200 мг; по 90 капсул твердих у пляшці; по 1 пляшці у картонній коробці з маркуванням українською мовою** |
| **Заявник** | **ТОВ "Рош Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **303015-23/3-145 від 12.10.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОЗУКАРД® 10 РОЗУКАРД® 20, таблетки, вкриті оболонкою по 10 мг або по 20 мг; 10 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці; № 90 (15х6): по 15 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; 20 мг: № 90 (10х9): по 10 таблеток у блістері; по 9 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298702-23/B-98 від 27.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФІТІС, розчин для інфузій по 100 мл або 200 мл, або 400, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298702-23/B-98 від 27.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФІТІС, розчин для інфузій по 100 мл або 200 мл, або 400, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298702-23/B-98 від 27.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РОФІТІС, розчин для інфузій по 100 мл або 200 мл, або 400, або 500 мл у флаконі; по 1 флакону у пачці** |
| **Заявник** | **АТ "Фармак", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288391-23/3-98 від 08.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУПАФІН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 5 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288391-23/3-98 від 08.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУПАФІН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 5 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **288391-23/3-98 від 08.02.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **РУПАФІН, таблетки по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1, 3 або 5 блістерів в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Зентіва, к.с., Чеська Республіка** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308993-24/3-124 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 або 6 стрипів в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308993-24/3-124 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 або 6 стрипів в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308993-24/3-124 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛОФАЛЬК, супозиторії ректальні по 1000 мг; по 5 супозиторіїв у стрипі; по 2 або 6 стрипів в коробці з картону** |
| **Заявник** | **Др. Фальк Фарма ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307302-23/3-121 від 18.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **САЛФЕНІКС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг: по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298554-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298554-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298554-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 30 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **298553-23/3-128 від 26.07.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЕРМІОН®, таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 5 мг; по 15 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці; таблетки, вкриті цукровою оболонкою, по 10 мг; по 25 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Віатріс Спешелті ЛЛС, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295212-23/3-134, 295246-23/3-134 від 31.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295212-23/3-134, 295246-23/3-134 від 31.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| Прийнято співробітником ВЛ | (дата)<br>**__.__.2024** | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

| | | |
|---|---|---|
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295212-23/3-134, 295246-23/3-134 від 31.05.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СИНФЛОРИКС™ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ПНЕВМОКОКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ (ПОЛІСАХАРИДНИЙ АНТИГЕН) ТА НЕТИПОВАНОЇ ГЕМОФІЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ, КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці у комплекті з однією голкою або з двома голками та без голок; 1 попередньо наповнений шприц з голкою або двома голками, або без голок у індивідуальному герметично запакованому пластиковому контейнері; по 1 пластиковому контейнеру у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у попередньо наповненому скляному шприці; по 10 шприців з 10 голками або без голок у індивідуальних герметично запакованих пластикових контейнерах у картонній коробці; по 1 дозі (0,5 мл) суспензії для ін'єкцій у монодозовому скляному флаконі; по 1, 10 або 100 флаконів у картонній коробці; по 2 дози (1 мл) суспензії для ін'єкцій у мультидозовому флаконі; по 100 флаконів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| Прийнято співробітником | (дата) **__.__.2024** | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

| | | |
|---|---|---|
| ДКЕМ | | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309450-24/В-60, 309451-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЛАБІГЕЛЬ-ЗДОРОВ'Я, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у тубі-канюлі; по 1 або 6 туб-канюль у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309450-24/B-60, 309451-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЛАБІГЕЛЬ-ЗДОРОВ'Я, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у тубі-канюлі; по 1 або 6 туб-канюль у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309450-24/В-60, 309451-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СЛАБІГЕЛЬ-ЗДОРОВ'Я, гель ректальний, 0,12 г/10 г по 10 г у тубі-канюлі; по 1 або 6 туб-канюль у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309624-24/B-124, 309625-24/B-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309624-24/В-124, 309625-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309624-24/В-124, 309625-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СОН-НАЙТ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307753-23/B-97, 311355-24/B-97, 311356-24/B-97, 311357-24/B-97 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПАЗМОЛІКС, таблетки, по 10 таблеток у блістерах; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2 блістери в пачці з картону; in bulk: № 4000 (по 10 таблеток у блістері; по 400 блістерів у коробці з картону)** |
| **Заявник** | **ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292883-23/3-82, 308492-24/3-82 від 24.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 мкг/2,5 мкг по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292883-23/З-82, 308492-24/З-82 від 24.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 мкг/2,5 мкг по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни І та ІІ 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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **292883-23/3-82, 308492-24/3-82 від 24.04.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СПІОЛТО® РЕСПІМАТ®, розчин для інгаляцій по 2,5 мкг/2,5 мкг по 4 мл у картриджі (60 інгаляцій); по 1 картриджу в комплекті з 1 інгалятором Респімат® у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309620-24/В-124, 309621-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТРОФАНТИН-Г, розчин для ін'єкцій, 0,25 мг/мл;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;**<br>**по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309620-24/В-124, 309621-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТРОФАНТИН-Г, розчин для ін'єкцій, 0,25 мг/мл;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309620-24/В-124, 309621-24/В-124 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **СТРОФАНТИН-Г, розчин для ін'єкцій, 0,25 мг/мл;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у пачці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері, по 2 блістери у пачці з картону;<br>по 1 мл в ампулі; по 10 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **276890-22/В-132 від 21.06.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙГОБАК, порошок для розчину для інфузій по 50 мг, по 50 мг у флаконі, 1 флакон в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **276890-22/В-132 від 21.06.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙГОБАК, порошок для розчину для інфузій по 50 мг, по 50 мг у флаконі, 1 флакон в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | |
|---|---|
| | **Відмітка** |
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **276890-22/B-132 від 21.06.2022** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТАЙГОБАК, порошок для розчину для інфузій по 50 мг, по 50 мг у флаконі, 1 флакон в пачці** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "БУСТ ФАРМА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Реєстрація** |
| **Тип посвідчення** | **Реєстраційне посвідчення** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309018-24/В-145 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСАРТАН-ТЕВА, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309018-24/B-145 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСАРТАН-ТЕВА, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309018-24/B-145 від 25.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСАРТАН-ТЕВА, таблетки по 80 мг; по 7 таблеток у блістері; по 4 блістери в коробці** |
| **Заявник** | **ТОВ «Тева Україна», Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **305397-23/3-96, 305398-23/3-96, 305399-23/3-96, 305400-23/3-96, 305401-23/3-96, 305402-23/3-96, 305403-23/3-96 від 20.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛМІСТА Н 40, ТЕЛМІСТА Н 80, ТЕЛМІСТА HD 80, таблетки по 40 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/ 12,5 мг або по 80 мг/25,0 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4, або 8, або 12, або 14 блістерів у картонній коробці; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9, або 10 блістерів у картонній коробці** |
| **Заявник** | **КРКА, д.д., Ново место, Словенія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308393-24/З-116 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛСАРТАН-Н, таблетки по 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308393-24/3-116 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛСАРТАН-Н, таблетки по 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308393-24/3-116 від 12.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТЕЛСАРТАН-Н, таблетки по 80 мг/12,5 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/B-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/B-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/B-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308806-24/В-132 від 22.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІАРА ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 80 мг/12,5 мг та по 160 мг/12,5 мг по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 та по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 1, по 2 або по 6 контурних чарункових упаковки в пачці; по 160 мг/25 мг; по 7 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 2 або по 4 контурні чарункові упаковки в пачці; по 14 таблеток у контурній чарунковій упаковці, по 1 або по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309786-24/3-144 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309786-24/3-144 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309786-24/3-144 від 05.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТІКОВАК ДЖУНІОР ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КЛІЩОВОГО ЕНЦЕФАЛІТУ КУЛЬТУРАЛЬНА ІНАКТИВОВАНА ОЧИЩЕНА СОРБОВАНА, суспензія для ін'єкцій по 1,2 мкг/0,25 мл; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл суспензії у попередньо заповненому одноразовому шприці; по 1 шприцу вкладеному у блістер; по 1 блістеру та окремою голкою у картонній коробці з маркуванням іноземною мовою зі стикером українською мовою** |
| **Заявник** | **ПФАЙЗЕР ЕЙЧ.СІ.ПІ. КОРПОРЕЙШН, США** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308341-24/B-138, 308342-24/B-138 від 11.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОПІРОМАКС 25; ТОПІРОМАКС 100, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг або по 100 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або 3 блістери в пачці з картону** |
| **Заявник** | **ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "АСІНО УКРАЇНА", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309377-24/В-28, 309378-24/В-28 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОРАСЕМІД-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл<br>по 4 мл у флаконі, по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній пачці;<br>по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309377-24/В-28, 309378-24/В-28 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОРАСЕМІД-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл<br>по 4 мл у флаконі, по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній пачці;<br>по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309377-24/В-28, 309378-24/В-28 від 29.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТОРАСЕМІД-ФАРМЕКС, розчин для ін'єкцій, 5 мг/мл<br>по 4 мл у флаконі, по 5 флаконів у контурній чарунковій упаковці, по 1 контурній чарунковій упаковці в картонній пачці;<br>по 4 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в картонній пачці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307348-23/3-121 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИХОПОЛ®, таблетки вагінальні 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307348-23/3-121 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИХОПОЛ®, таблетки вагінальні 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307348-23/3-121 від 19.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИХОПОЛ®, таблетки вагінальні 500 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311200-24/В-28 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину по 10 або 30 саше у картонній коробці; по 1 саше без вкладання у вторинну упаковку** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311200-24/B-28 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину по 10 або 30 саше у картонній коробці; по 1 саше без вкладання у вторинну упаковку** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **311200-24/B-28 від 28.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ТРИЦИТРОН ЕКСТРА, порошок для орального розчину по 10 або 30 саше у картонній коробці; по 1 саше без вкладання у вторинну упаковку** |
| **Заявник** | **ТОВ "Фармацевтична компанія "ФарКоС", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308876-24/3-124 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308876-24/3-124 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308876-24/3-124 від 23.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФАСПІК, таблетки, вкриті оболонкою, по 400 мг; по 6 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній пачці** |
| **Заявник** | **Замбон С.П.А., Італія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310014-24/3-124 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310014-24/3-124 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310014-24/3-124 від 09.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЕМОСТОН® КОНТІ МІНІ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 0,5 мг/2,5 мг; по 28 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Абботт Хелскеа Продактс Б.В., Нідерланди** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304427-23/3-128, 311092-24/3-128 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІАСП® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; одна або п’ять попередньо заповнених шприц-ручок (ФлексТач) без голок в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304427-23/3-128, 311092-24/3-128 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІАСП® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; одна або п’ять попередньо заповнених шприц-ручок (ФлексТач) без голок в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304427-23/З-128, 311092-24/З-128 від 01.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІАСП® ФЛЕКСТАЧ®, розчин для ін'єкцій, 100 ОД/мл; по 3 мл у картриджах, вкладених у попередньо заповнену багатодозову одноразову шприц-ручку; одна або п’ять попередньо заповнених шприц-ручок (ФлексТач) без голок в картонній коробці** |
| **Заявник** | **А/Т Ново Нордіск, Данія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308956-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308956-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308956-24/3-121 від 24.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФІНАСТЕРИД ДЖЕНЕФАРМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дженефарм С.А., Греція** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310364-24/3-97, 310365-24/3-97, 310366-24/3-97, 310367-24/3-97, 310368-24/3-97 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАМІДЕЗ ФІТОПЛЮС, мазь, по 20 г у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310364-24/3-97, 310365-24/3-97, 310366-24/3-97, 310367-24/3-97, 310368-24/3-97 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАМІДЕЗ ФІТОПЛЮС, мазь, по 20 г у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **310364-24/3-97, 310365-24/3-97, 310366-24/3-97, 310367-24/3-97, 310368-24/3-97 від 15.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛАМІДЕЗ ФІТОПЛЮС, мазь, по 20 г у контейнері; по 1 контейнеру в пачці; по 20 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі у картонній пачці** |
| **Заявник** | **ОРГАНОСИН ЛАЙФСАЄНСИЗ (ЕФ ЗЕТ І), ОАЕ** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/В-60, 309462-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/В-60, 309462-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/B-60, 309462-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/В-60, 309462-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/В-60, 309462-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309461-24/B-60, 309462-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОГОКСИБ-ЗДОРОВ'Я, капсули по 100 мг; по 200 мг по 10 капсул у блістері; по 1 або 2 блістери в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309460-24/B-60, 309508-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРА, еліксир для орального застосування по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці по 100 мл у пляшці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309460-24/B-60, 309508-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРА, еліксир для орального застосування по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці по 100 мл у пляшці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309460-24/B-60, 309508-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРА, еліксир для орального застосування по 100 мл у флаконі; по 1 флакону у коробці по 100 мл у пляшці** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/B-60, 309459-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/B-60, 309459-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/В-60, 309459-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/B-60, 309459-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/B-60, 309459-24/B-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309458-24/В-60, 309459-24/В-60 від 30.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛОРИСЕД-ЗДОРОВ'Я ФОРТЕ, капсули; по 10 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці; in bulk: по 3000 капсул у пакеті поліетиленовому у контейнері;** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295765-23/В-45 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл в контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295765-23/В-45 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл в контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **295765-23/В-45 від 08.06.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФЛУКОНАЗОЛ, розчин для інфузій, 2 мг/мл; по 100 мл в контейнері (кожен контейнер додатково упаковують у плівку полімерну); по 1 контейнеру в картонній коробці** |
| **Заявник** | **Дочірнє підприємство "Фарматрейд", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307774-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307774-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307774-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД, порошок (субстанція) у пакетах поліетиленових для фармацевтичного застосування** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307770-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, таблетки по 40 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307770-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, таблетки по 40 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307770-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, таблетки по 40 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 5 контурних чарункових упаковок в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307771-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307771-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **307771-23/В-28 від 26.12.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ФУРОСЕМІД-ДАРНИЦЯ, розчин для ін'єкцій, 10 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 10 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 1 контурній чарунковій упаковці в пачці; по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці** |
| **Заявник** | **ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв’язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **308739-24/3-145 від 19.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД, таблетки;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці;**<br>**по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці**<br>**in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері** |
| **Заявник** | **Мові Хелс ГмбХ, Швейцарія** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **Реєстраційна процедура** | **Зміни I та II типів** |
| **Тип посвідчення** | **Лист** |

| | **Відмітка** |
|---|---|
| Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* **+ додаткова завірена копія** | |
| ПІБ та паспортні дані особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів | |
| Акти виконаних робіт (оригінал та копія) | |
| Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань) | |

**Примітка*: Передоручення оформлюється нотаріально посвідченою довіреністю. Строк дії нової довіреності не повинен перевищувати строк дії довіреності, на підставі якої вона видана.**

| | | |
|---|---|---|
| Відмовлено, причина | | |
| Передано співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **304508-23/В-144 від 03.11.2023** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ХЛОРОФІЛІПТ АРТЕРІУМ, розчин спиртовий, 10 мг/мл, по 100 мл у флаконі (скляному або полімерному), по 1 флакону в пачці; по 100 мл у банці; по 1 банці в пачці; in bulk: по 100 мл у флаконі скляному або полімерному, або банці; по 48 банок або флаконів у коробі** |
| **Заявник** | **ПАТ "Галичфарм", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309634-24/B-82, 309635-24/B-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕЛАНІД, таблетки по 0,25 мг, по 30 таблеток у банках полімерних або контейнерах пластмасових; по 30 таблеток у банках полімерних; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309634-24/В-82, 309635-24/В-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕЛАНІД, таблетки по 0,25 мг, по 30 таблеток у банках полімерних або контейнерах пластмасових; по 30 таблеток у банках полімерних; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309634-24/В-82, 309635-24/В-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦЕЛАНІД, таблетки по 0,25 мг, по 30 таблеток у банках полімерних або контейнерах пластмасових; по 30 таблеток у банках полімерних; по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309599-24/В-82, 309600-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАРИЗИН "ОЗ", таблетки по 25 мг, по 50 таблеток у блістері; по 50 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309599-24/В-82, 309600-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАРИЗИН "ОЗ", таблетки по 25 мг, по 50 таблеток у блістері; по 50 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»**

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309599-24/В-82, 309600-24/В-82 від 31.01.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИНАРИЗИН "ОЗ", таблетки по 25 мг, по 50 таблеток у блістері; по 50 таблеток у блістері; по 1 блістеру у пачці з картону; по 10 таблеток у блістері; по 5 блістерів у пачці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**
**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309622-24/В-82, 309623-24/В-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСТОРАЛ, гранули для орального розчину 3,0 г/8,0 г, по 8 г гранульованого порошку у пакеті; по 1 пакету у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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: | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. заявник) |
| Прийнято оператором ВКК | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309622-24/В-82, 309623-24/В-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСТОРАЛ, гранули для орального розчину 3,0 г/8,0 г, по 8 г гранульованого порошку у пакеті; по 1 пакету у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВКК) |
| Прийнято співробітником ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |

**ДП «ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

**ДЕПАРТАМЕНТ КООРДИНАЦІЇ ЕКСПЕРТНИХ МАТЕРІАЛІВ**

# ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ЦЕНТРІ АДМІНІСТРАТИВНИХ ПОСЛУГ МОЗ УКРАЇНИ «ЄДИНЕ ВІКНО»

| | |
|---|---|
| **Реєстраційна форма, дата** | **309622-24/В-82, 309623-24/В-82 від 01.02.2024** |
| **Назва лікарського засобу, форма випуску** | **ЦИСТОРАЛ, гранули для орального розчину 3,0 г/8,0 г, по 8 г гранульованого порошку у пакеті; по 1 пакету у коробці з картону** |
| **Заявник** | **Товариство з обмеженою відповідальністю "Корпорація "Здоров`я", Україна** |
| **Наказ МОЗ України** | **12.04.2024 р. № 620** |
| **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 ВЛ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ВЛ) |
| Прийнято співробітником ДКЕМ | **__.__.2024** | |
| | (дата) | (П.І.Б. співробітник ДКЕМ) |