

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342639-25/3-139 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АДЕРМІКС, гель, 1 мг/г / 25 мг/г, по 30 г гелю у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ФАРМБЕРГ Сп. з о.о., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342639-25/3-139 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АДЕРМІКС, гель, 1 мг/г / 25 мг/г, по 30 г гелю у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ФАРМБЕРГ Сп. з о.о., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342639-25/3-139 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АДЕРМІКС, гель, 1 мг/г / 25 мг/г, по 30 г гелю у тубі, по 1 тубі в картонній коробці
Заявник	ФАРМБЕРГ Сп. з о.о., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.___.2026	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346066-25/3-123, 346067-25/3-123, 346068-25/3-123 від 10.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АІМАФІКС, порошок та розчинник для розчину для інфузій, 500 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 500 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці; порошок та розчинник для розчину для інфузій, 1000 МО/10 мл; флакон № 1 з порошком по 1000 МО у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 10 мл у флаконі № 1 та набором для розчинення і введення у картонній коробці	
Заявник	Кедріон С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347833-25/В-06 від 11.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АЙГЛІП®-ФАРМАК, таблетки, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347833-25/В-06 від 11.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АЙГЛІП®-ФАРМАК, таблетки, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347833-25/В-06 від 11.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АЙГЛІП®-ФАРМАК, таблетки, по 50 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових	
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358573-26/В-128 від 22.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АМІОДАРОН, таблетки по 0,2 г; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в пачці з картону; in bulk: по 3000 таблеток у контейнерах пластмасових
Заявник	Приватне акціонерне товариство "Лекхім-Харків" , Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із карткою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із карткою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПІКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із карткою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПІКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із карткою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із картою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338595-25/3-39 від 30.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АПІКСАБАН ГЕДЕОН РІХТЕР, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг або по 5 мг, по 20 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або по 3 або по 5 блістерів із карткою пацієнта у картонній коробці
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	253663-21/В-02 від 03.03.2021
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРГІЛАЙФ , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	253663-21/В-02 від 03.03.2021
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРГІЛАЙФ , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	253663-21/В-02 від 03.03.2021
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРГІЛАЙФ , розчин оральний, 200 мг/мл по 200 мл у флаконі; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	336969-25/В-60 від 30.04.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРТИФЛЕКС ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою 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	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	336969-25/В-60 від 30.04.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРТИФЛЕКС ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою 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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	336969-25/В-60 від 30.04.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АРТИФЛЕКС ПЛЮС, таблетки, вкриті оболонкою 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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці	
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці	
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці	
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352300-26/3-116 від 03.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	АТОРВАСТАТИН 10 АНАНТА, АТОРВАСТАТИН 20 АНАНТА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 10 мг або по 20 мг по 10 таблеток у блістері, по 3 блістери у коробці	
Заявник	Ананта Медікеар Лтд., Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	356594-26/3-132 від 15.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	БАРАЛГІН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці	
Заявник	АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Сполучене Королівство	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356594-26/3-132 від 15.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	БАРАЛГІН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці	
Заявник	АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Сполучене Королівство	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356594-26/3-132 від 15.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	БАРАЛГІН®, розчин для ін'єкцій, по 2 мл або 5 мл в ампулі; по 5 ампул в блістері; по 1 або 2 блістери в картонній пачці	
Заявник	АЛЕКСФАРМ ГМБХ ЛТД, Сполучене Королівство	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	352970-26/3-100 від 17.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	БУПРІНОЛ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 150 мг; по 30 таблеток з модифікованим вивільненням у пластиковому контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці
Заявник	ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352970-26/3-100 від 17.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	БУПРІНОЛ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 150 мг; по 30 таблеток з модифікованим вивільненням у пластиковому контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці
Заявник	ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352970-26/3-100 від 17.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	БУПРІНОЛ, таблетки з модифікованим вивільненням, по 150 мг; по 30 таблеток з модифікованим вивільненням у пластиковому контейнері, по 1 контейнеру у картонній коробці
Заявник	ЗАТ "Фармліга", Литовська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	326782-24/3-82 від 26.11.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАЛЬСАКОР®-ІНДА, таблетки з модифікованим вивільненням, по 160 мг/1,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	326782-24/3-82 від 26.11.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАЛЬСАКОР®-ІНДА, таблетки з модифікованим вивільненням, по 160 мг/1,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	326782-24/3-82 від 26.11.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВАЛЬСАКОР®-ІНДА, таблетки з модифікованим вивільненням, по 160 мг/1,5 мг, по 10 таблеток у блістері, по 3 або по 9 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356018-26/3-137, 356019-26/3-137, 356020-26/3-137, 356021-26/3-137, 356022-26/3-137 від 06.04.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ВЕЛАКСИН®, капсули пролонгованої дії по 37,5 мг, по 75 мг, по 150 мг; по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці; по 14 капсул у блістері; по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356446-26/3-147, 356447-26/3-147, 356448-26/3-147 від 13.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ НАЕМОРНІLUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано: Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356446-26/3-147, 356447-26/3-147, 356448-26/3-147 від 13.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ НАЕМОРНІLUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	356446-26/3-147, 356447-26/3-147, 356448-26/3-147 від 13.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕКСАКСИМ® / НЕХАХІМ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ДИФТЕРІЇ, ПРАВЦЯ, КАШЛЮКУ (АЦЕЛЮЛЯРНИЙ КОМПОНЕНТ), ГЕПАТИТУ В РЕКОМБІНАНТНА, ПОЛІОМІЄЛІТУ ІНАКТИВОВАНА ТА ЗАХВОРЮВАНЬ, СПРИЧИНЕНИХ НАЕМОРНІLUS ТИПУ В КОН'ЮГОВАНА, АДСОРБОВАНА, РІДКА , суспензія для ін'єкцій; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 1 шприцу в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) в попередньо заповнених шприцах з 1-єю (або 2-ма) окремими голками, по 10 шприців в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів у картонній упаковці; по 0,5 мл (1 доза) у флаконах, по 10 флаконів в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці. Маркування українською та англійською, або іншими іноземними мовами.	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359459-26/3-140 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕПТРАЛ®, порошок ліофілізований для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 5 скляних флаконів з порошком ліофілізованим та 5 ампул з розчинником (L-лізин, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 5 мл в контурній чарунковій упаковці, запечатаній алюмінієвою фольгою; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці	
Заявник	Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано: Прийнято оператором ВСО	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359459-26/3-140 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕПТРАЛ®, порошок ліофілізований для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 5 скляних флаконів з порошком ліофілізованим та 5 ампул з розчинником (L-лізин, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 5 мл в контурній чарунковій упаковці, запечатаній алюмінієвою фольгою; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці	
Заявник	Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359459-26/3-140 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЕПТРАЛ®, порошок ліофілізований для розчину для ін'єкцій по 500 мг; 5 скляних флаконів з порошком ліофілізованим та 5 ампул з розчинником (L-лізин, натрію гідроксид, вода для ін'єкцій) по 5 мл в контурній чарунковій упаковці, запечатаній алюмінієвою фольгою; по 1 контурній чарунковій упаковці у картонній коробці	
Заявник	Абботт Лабораторіз ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360112-26/3-116, 360113-26/3-116, 360114-26/3-116 від 18.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІОЗОМІД, капсули по 20 мг або по 100 мг, або по 180 мг, або по 250 мг по 1 капсулі у саше; по 5 саше у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	340216-25/3-116 від 27.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ГЛІПТАР®-М, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50/850 мг або по 50/1000 мг; по 10 таблеток у блістері, по 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "ПОЛІМЕТРІЯ, дистрибуція та послуги", Словенія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	349740-25/В-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	349740-25/В-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	349740-25/B-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	349740-25/В-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	349740-25/В-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	349740-25/B-139 від 10.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАГЛІФ® ДУО, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5/850 мг та по 5/1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або по 6 блістерів у пачці
Заявник	АТ "Фармак", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці
Заявник	ЛЕО Фарма А/С, Данія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці
Заявник	ЛЕО Фарма А/С, Данія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	349154-25/3-88, 349155-25/3-88, 349156-25/3-88, 349157-25/3-88, 349158-25/3-88 від 01.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДАЙВОБЕТ, мазь; по 15 г або 30 г мазі у тубі; по 1 тубі у картонній коробці
Заявник	ЛЕО Фарма А/С, Данія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359368-26/В-121, 359369-26/В-121 від 08.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАМЕКС, розчин для ін'єкцій 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359368-26/В-121, 359369-26/В-121 від 08.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАМЕКС, розчин для ін'єкцій 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359368-26/В-121, 359369-26/В-121 від 08.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕКАМЕКС, розчин для ін'єкцій 25 мг/мл, по 2 мл в ампулі, по 5 ампул у блістері, по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	324454-24/3-128, 358801-26/3-126, 358802-26/3-126 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕРМОВЕЙТ, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці	
Заявник	ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	324454-24/3-128, 358801-26/3-126, 358802-26/3-126 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕРМОВЕЙТ, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці	
Заявник	ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	324454-24/3-128, 358801-26/3-126, 358802-26/3-126 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЕРМОВЕЙТ, крем 0,05 %; по 25 г у тубі; по 1 тубі в картонній упаковці	
Заявник	ГлаксоСмітКляйн Експорт Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357798-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357798-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	

	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
--	--------	--

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357798-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником	___.__.2026	

УКЕМ		
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357775-26/3-123, 357776-26/3-123, 357777-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357775-26/3-123, 357776-26/3-123, 357777-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.___.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.___.2026	

	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
--	--------	--

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357775-26/3-123, 357776-26/3-123, 357777-26/3-123 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником	___.__.2026	

УКЕМ		
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358986-26/3-123 від 01.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358986-26/3-123 від 01.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	

	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
--	--------	--

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358986-26/3-123 від 01.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДЖІСІ ФЛЮ / GS FLU ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ГРИПУ (РОЗЩЕПЛЕНИЙ ВІРІОН, ІНАКТИВОВАНИЙ), суспензія для ін'єкцій по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері з маркуванням англійською мовою; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням англійською мовою зі стікером українською мовою; по 0,5 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою; по 0,25 мл у попередньо наповнених шприцах з одноразовою голкою, по одному в блістері; по 1 або по 10 шприців у пачці з картону з маркуванням українською мовою	
Заявник	М.Біотек Лімітед, Велика Британія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником	___.__.2026	

УКЕМ		
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	355931-26/3-140 від 06.04.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 1,36% М/ОБ/13,6 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 2,27% М/ОБ/22,7 МГ/МЛ; ДІАНІЛ ПД4 З ВМІСТОМ ГЛЮКОЗИ 3,86% М/ОБ/38,6 МГ/МЛ, Розчин для перитонеального діалізу. По 2000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 5 комплектів у картонній коробці; по 2500 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 4 комплекти у картонній коробці; по 3000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, або у мішку "Твін Бег", обладнаному ін'єкційним портом, з інтегрованим за допомогою двох магістралей та Y-з'єднувача порожнім пластиковим мішком для дренажу, вкладених у прозорий пластиковий пакет; по 3 комплекти у картонній коробці; по 5000 мл розчину у пластиковому мішку з ПВХ PL 146-3, одинарному, обладнаному ін'єкційним портом та з'єднувачем, вкладеному у прозорий пластиковий пакет; по 2 комплекти у картонній коробці	
Заявник	Вентів Менуфекчуринг Лімітед, Ірландія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		

Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	
---	--

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362560-26/3-116 від 05.08.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІФЕНДА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,02 мг; по 28 таблеток у блістері (24 таблетки рожевого та 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1 блістеру у пачці з картону
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362560-26/3-116 від 05.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІФЕНДА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,02 мг; по 28 таблеток у блістері (24 таблетки рожевого та 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1 блістеру у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362560-26/3-116 від 05.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДІФЕНДА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/0,02 мг; по 28 таблеток у блістері (24 таблетки рожевого та 4 таблетки плацебо білого кольору); по 1 блістеру у пачці з картону	
Заявник	Зентіва, к.с., Чеська Республіка	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	348683-25/3-128, 348684-25/3-128 від 26.11.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону	
Заявник	Майлан Лабораторіс Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	348683-25/3-128, 348684-25/3-128 від 26.11.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону	
Заявник	Майлан Лабораторіс Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	348683-25/3-128, 348684-25/3-128 від 26.11.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону	
Заявник	Майлан Лабораторіс Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358324-26/3-28 від 18.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону
Заявник	Майлан Лабораторіс Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358324-26/3-28 від 18.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону	
Заявник	Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358324-26/3-28 від 18.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДОВПРЕЛА, таблетки по 200 мг по 14 таблеток у блістері; по 1 або по 13 блістерів у пачці з картону; по 26 або по 182 таблетки у флаконі; по 1 флакону у пачці з картону	
Заявник	Майлан Лабораторіз Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351489-26/3-132, 351491-26/3-132 від 15.01.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДРОВЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/14,2 мг; по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері (24 рожеві активні таблетки та 4 білі таблетки плацебо); по 1 або по 3, або по 6, або по 13 блістерів разом із картонним футляром для зберігання блістера та 1, 3, 6 або 13 самоклеючими тижневими календарями-стикерами у картонній коробці	
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	__._.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351489-26/3-132, 351491-26/3-132 від 15.01.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДРОВЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/14,2 мг; по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері (24 рожеві активні таблетки та 4 білі таблетки плацебо); по 1 або по 3, або по 6, або по 13 блістерів разом із картонним футляром для зберігання блістера та 1, 3, 6 або 13 самоклеючими тижневими календарями-стикерами у картонній коробці	
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	351489-26/3-132, 351491-26/3-132 від 15.01.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДРОВЕЛІС, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 3 мг/14,2 мг; по 28 таблеток, вкритих плівковою оболонкою, у блістері (24 рожеві активні таблетки та 4 білі таблетки плацебо); по 1 або по 3, або по 6, або по 13 блістерів разом із картонним футляром для зберігання блістера та 1, 3, 6 або 13 самоклеючими тижневими календарями-стикерами у картонній коробці	
Заявник	ВАТ "Гедеон Ріхтер", Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354668-26/3-140 від 18.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354668-26/3-140 від 18.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	__.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	354668-26/3-140 від 18.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338791-25/3-140 від 05.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____.2026 (дата)
	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	_____.2026 (дата)
	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338791-25/3-140 від 05.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338791-25/3-140 від 05.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУОКОПТ®, краплі очні, розчин; по 5 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 3 флакони у коробці; по 10 мл у багатодозовому флаконі з насосом і захисним ковпачком; по 1 флакону у допоміжному пристрої для доставки; по 1 або по 2 флакони у коробці
Заявник	Лаборатуар Теа, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358543-26/3-124 від 21.05.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358543-26/3-124 від 21.05.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358543-26/3-124 від 21.05.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358542-26/3-124 від 21.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУСПАТАЛІН® РЕТАРД 200, 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	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358542-26/3-124 від 21.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУСПАТАЛІН® РЕТАРД 200, 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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358542-26/3-124 від 21.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ДУСПАТАЛІН® РЕТАРД 200, 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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передає оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026	
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передає оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передає оператором ВСО	___.__.2026 (дата)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)
	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	346369-25/3-148 від 15.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЕМБОКСА, таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 2,5 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 4 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 10 мг, по 10 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 10 блістерів у картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 15 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 1 або 3 блістери в картонній коробці; таблетки, вкриті плівковою оболонкою по 20 мг, по 14 таблеток, вкритих плівковою оболонкою у блістері, по 2 блістери в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347660-25/В-61, 359650-26/В-98 від 05.11.2025	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347660-25/В-61, 359650-26/В-98 від 05.11.2025	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347660-25/В-61, 359650-26/В-98 від 05.11.2025	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	343379-25/3-139 від 21.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у картонній коробці
Заявник	БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	343379-25/3-139 від 21.08.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	343379-25/3-139 від 21.08.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІМЕТ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 400 мг, по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 2, або по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	БЕРЛІН-ХЕМІ АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358521-26/3-120 від 21.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІНДАПЕН SR , Таблетки, вкриті оболонкою з модифікованим вивільненням по 1,5 мг по 14 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 15 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 30 таблеток у блістері по 1 блістеру в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358521-26/3-120 від 21.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІНДАПЕН SR , Таблетки, вкриті оболонкою з модифікованим вивільненням по 1,5 мг по 14 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 15 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 30 таблеток у блістері по 1 блістеру в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358521-26/3-120 від 21.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ІНДАПЕН SR , Таблетки, вкриті оболонкою з модифікованим вивільненням по 1,5 мг по 14 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 15 таблеток у блістері по 2 або по 4 блістери в картонній коробці по 30 таблеток у блістері по 1 блістеру в картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником УКЕМ	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	328844-24/3-06 від 25.12.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЛОМАКС, шампунь, 500 мкг/г, по 60 мл або 125 мл у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці
Заявник	Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	328844-24/3-06 від 25.12.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЛОМАКС, шампунь, 500 мкг/г, по 60 мл або 125 мл у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці
Заявник	Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	328844-24/3-06 від 25.12.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	КЛОМАКС, шампунь, 500 мкг/г, по 60 мл або 125 мл у пляшці, по 1 пляшці у картонній коробці
Заявник	Белупо, ліки та косметика, д.д., Хорватія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358417-26/В-92 від 20.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОДЕЇНУ ФОСФАТ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування
Заявник	ТОВ "Фарма Старт", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358417-26/В-92 від 20.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОДЕЇНУ ФОСФАТ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування	
Заявник	ТОВ "Фарма Старт", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358417-26/В-92 від 20.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОДЕЇНУ ФОСФАТ ГЕМІГІДРАТ, порошок (субстанція) у подвійних поліетиленових пакетах для фармацевтичного застосування
Заявник	ТОВ "Фарма Старт", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	350644-25/В-06 від 24.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОЛХІМЕД, Розчин для ін'єкцій, 4 мг/2 мл, по 2 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	350644-25/В-06 від 24.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОЛХІМЕД, Розчин для ін'єкцій, 4 мг/2 мл, по 2 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350644-25/В-06 від 24.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КОЛХІМЕД, Розчин для ін'єкцій, 4 мг/2 мл, по 2 мл в ампулі; по 3 ампули у контурній чарунковій упаковці; по 2 контурні чарункові упаковки в пачці
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350200-25/3-128, 350201-25/3-128, 350202-25/3-128, 350203-25/3-128, 350204-25/3-128, 350205-25/3-128 від 15.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КРИНОН®, гель вагінальний 8 %; по 1,45 г (що відповідає дозі для введення 1,125 г) в однодозовому аплікаторі, вкладеному в багатшарову упаковку; по 6 або 15 однодозових аплікаторів у картонній коробці
Заявник	Арес Трейдинг С.А., Швейцарія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350200-25/3-128, 350201-25/3-128, 350202-25/3-128, 350203-25/3-128, 350204-25/3-128, 350205-25/3-128 від 15.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КРИНОН®, гель вагінальний 8 %; по 1,45 г (що відповідає дозі для введення 1,125 г) в однодозовому аплікаторі, вкладеному в багат шарову упаковку; по 6 або 15 однодозових аплікаторів у картонній коробці
Заявник	Арес Трейдинг С.А., Швейцарія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350200-25/3-128, 350201-25/3-128, 350202-25/3-128, 350203-25/3-128, 350204-25/3-128, 350205-25/3-128 від 15.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	КРИНОН®, гель вагінальний 8 %; по 1,45 г (що відповідає дозі для введення 1,125 г) в однодозовому аплікаторі, вкладеному в багат шарову упаковку; по 6 або 15 однодозових аплікаторів у картонній коробці
Заявник	Арес Трейдинг С.А., Швейцарія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	363112-26/В-60 від 14.08.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСЕРОГЕЛЬ ПОЛІМЕТИЛСИЛОКСАНУ, ГІДРОФІЛІЗОВАНИЙ ІНУЛІНОМ, порошок (субстанція) у двох мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування
Заявник	ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	363112-26/В-60 від 14.08.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСЕРОГЕЛЬ ПОЛІМЕТИЛСИЛОКСАНУ, ГІДРОФІЛІЗОВАНИЙ ІНУЛІНОМ, порошок (субстанція) у двох мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування
Заявник	ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	363112-26/В-60 від 14.08.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСЕРОГЕЛЬ ПОЛІМЕТИЛСИЛОКСАНУ, ГІДРОФІЛІЗОВАНИЙ ІНУЛІНОМ, порошок (субстанція) у двох мішках поліетиленових для фармацевтичного застосування
Заявник	ПрАТ "ЕОФ "КРЕОМА-ФАРМ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	354025-26/В-132 від 06.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354025-26/В-132 від 06.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	354025-26/В-132 від 06.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСИЛОСПРЕЙ, спрей назальний, 1,0 мг/мл по 10 мл у флаконі з насосом дозатором із розпилювачем; по 1 флакону в пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357586-26/3-128, 357587-26/3-128, 357588-26/3-128, 357589-26/3-128 від 05.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	КСОЛАР, порошок для розчину для ін'єкцій по 75 мг; порошок для розчину для ін'єкцій по 150 мг; 1 флакон з порошком у комплекті з розчинником (вода для ін'єкцій) по 2 мл в ампулах № 1 в упаковці	
Заявник	Новартіс Фарма АГ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357748-26/3-100 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАЙС КІТ, таблетки сублінгвальні 300 АО або 1000 АО; таблетки сублінгвальні №40: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 30 таблеток по 1000 АО (3 блістерні упаковки) у картонній коробці; таблетки сублінгвальні №70: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 60 таблеток по 1000 АО (6 блістерних упаковок) у картонній коробці	
Заявник	ЛОФАРМА С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	___. ___. 2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357748-26/3-100 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАЙС КІТ, таблетки сублінгвальні 300 АО або 1000 АО; таблетки сублінгвальні №40: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 30 таблеток по 1000 АО (3 блістерні упаковки) у картонній коробці; таблетки сублінгвальні №70: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 60 таблеток по 1000 АО (6 блістерних упаковок) у картонній коробці	
Заявник	ЛОФАРМА С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357748-26/3-100 від 08.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛАЙС КІТ, таблетки сублінгвальні 300 АО або 1000 АО; таблетки сублінгвальні №40: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 30 таблеток по 1000 АО (3 блістерні упаковки) у картонній коробці; таблетки сублінгвальні №70: 10 таблеток по 300 АО (1 блістерна упаковка) та 60 таблеток по 1000 АО (6 блістерних упаковок) у картонній коробці	
Заявник	ЛОФАРМА С.П.А., Італія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	357550-26/В-60 від 04.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 30 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону
Заявник	Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357550-26/В-60 від 04.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 30 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону	
Заявник	Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357550-26/В-60 від 04.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕВОМЕКОЛЬ, мазь по 30 г або по 40 г у тубі; по 1 тубі в пачці з картону	
Заявник	Публічне акціонерне товариство "Науково-виробничий центр "Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	___. ___.2026	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	317541-24/3-137 від 20.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛЕНВАТИНІБ-ВІСТА, капсули тверді по 4 мг або 10 мг; по 5 капсул у блістері, по 6 блістерів у картонній пачці
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360472-26/3-61 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 10 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл та 0,005 мг/мл по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360472-26/3-61 від 24.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 10 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл та 0,005 мг/мл по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці	
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360472-26/3-61 від 24.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 10 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 10 мг/мл та 0,005 мг/мл по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці	
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360469-26/3-61 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 20 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 20 мг/мл та 0,005 мг/мл; по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360469-26/3-61 від 24.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 20 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 20 мг/мл та 0,005 мг/мл; по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці	
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360469-26/3-61 від 24.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЛІДОКАЇН 20 МГ/МЛ АДРЕНАЛІН 0,005 МГ/МЛ АГЕТАН, розчин для ін'єкцій, по 20 мг/мл та 0,005 мг/мл; по 10 мл у ампулі, по 10 ампул у картонній коробці	
Заявник	Лабораторія Агетан САС, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359147-26/В-96 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МАНІТ, розчин для інфузій, 150 мг/мл по 200 мл у пляшках	
Заявник	ТОВ "Юрія-Фарм", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359147-26/В-96 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МАНІТ, розчин для інфузій, 150 мг/мл по 200 мл у пляшках	
Заявник	ТОВ "Юрія-Фарм", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359147-26/В-96 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МАНІТ, розчин для інфузій, 150 мг/мл по 200 мл у пляшках	
Заявник	ТОВ "Юрія-Фарм", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359416-26/3-145 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону у пачці	
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359416-26/3-145 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону у пачці	
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359416-26/3-145 від 08.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕРКАПТОПУРИН-ВІСТА, таблетки по 50 мг; по 25 таблеток у флаконі; по 1 флакону у пачці	
Заявник	Містрал Кепітал Менеджмент Лімітед, Англія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/B-146 від 21.07.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист

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

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	361814-26/В-146 від 21.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	МЕТФОРМІН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 500 мг або по 850 мг по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у пачці; по 1000 мг по 10 таблеток у блістері; по 3 або 5, або 6 блістерів у пачці	
Заявник	ТОВ "АРТЕРІУМ ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	353491-26/В-144, 353492-26/В-144 від 24.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, краплі вушні, розчин спиртовий 0,1 % по 5 мл у полімерному флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картоном
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	353491-26/В-144, 353492-26/В-144 від 24.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, краплі вушні, розчин спиртовий 0,1 % по 5 мл у полімерному флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картоном
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	353491-26/В-144, 353492-26/В-144 від 24.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, краплі вушні, розчин спиртовий 0,1 % по 5 мл у полімерному флаконі з крапельницею; по 1 флакону в пачці з картоном
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	353191-26/В-123, 353192-26/В-123 від 19.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, розчин нашкірний, спиртовий, 0,1 % по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	___.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	___.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	353191-26/В-123, 353192-26/В-123 від 19.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, розчин нашкірний, спиртовий, 0,1 % по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	353191-26/В-123, 353192-26/В-123 від 19.02.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МІРАМІДЕЗ®, розчин нашкірний, спиртовий, 0,1 % по 100 мл у флаконі; по 1 флакону в картонній пачці
Заявник	ТОВ "ВАЛАРТІН ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360542-26/3-126 від 24.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	МОВІКСИКАМ® ОДТ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 7,5 мг; по 10 таблеток у блістері, по 2 блістери у картонній пачці таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 15 мг; по 10 таблеток у блістері, по 1 або по 2 блістери у картонній пачці
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360681-26/3-96, 360682-26/3-96 від 29.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗЕХАЛЕР, спрей назальний, суспензія 50 мкг/дозу по 18 г (140 доз) суспензії у флаконі з дозувальним насосом-розпилювачем та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці
Заявник	Ципла Лтд., Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360681-26/3-96, 360682-26/3-96 від 29.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗЕХАЛЕР, спрей назальний, суспензія 50 мкг/дозу по 18 г (140 доз) суспензії у флаконі з дозувальним насосом-розпилювачем та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці
Заявник	Ципла Лтд., Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360681-26/3-96, 360682-26/3-96 від 29.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗЕХАЛЕР, спрей назальний, суспензія 50 мкг/дозу по 18 г (140 доз) суспензії у флаконі з дозувальним насосом-розпилювачем та ковпачком, по 1 флакону у картонній упаковці
Заявник	Ципла Лтд., Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	333633-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	333633-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	333633-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	316510-24/3-96, 316511-24/3-96, 316512-24/3-96, 316513-24/3-96, 316514-24/3-96, 316515-24/3-96, 316516-24/3-96 від 05.06.2024	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано: Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	316510-24/3-96, 316511-24/3-96, 316512-24/3-96, 316513-24/3-96, 316514-24/3-96, 316515-24/3-96, 316516-24/3-96 від 05.06.2024	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	316510-24/3-96, 316511-24/3-96, 316512-24/3-96, 316513-24/3-96, 316514-24/3-96, 316515-24/3-96, 316516-24/3-96 від 05.06.2024	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК®, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	316517-24/3-96, 316518-24/3-96, 316519-24/3-96, 316520-24/3-96, 316521-24/3-96, 316522-24/3-96, 316523-24/3-96 від 05.06.2024	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано: Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	316517-24/3-96, 316518-24/3-96, 316519-24/3-96, 316520-24/3-96, 316521-24/3-96, 316522-24/3-96, 316523-24/3-96 від 05.06.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	316517-24/3-96, 316518-24/3-96, 316519-24/3-96, 316520-24/3-96, 316521-24/3-96, 316522-24/3-96, 316523-24/3-96 від 05.06.2024	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі, по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	333632-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	333632-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	333632-25/3-145 від 07.03.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НАЗІК® ДЛЯ ДІТЕЙ, спрей назальний, розчин; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону разом з насадкою для розпилення в картонній коробці; по 10 мл у флаконі; по 1 флакону з фіксованою насадкою для розпилення в картонній коробці	
Заявник	Касселла-мед ГмбХ & Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	345826-25/3-140 від 06.10.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці
Заявник	СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	345826-25/3-140 від 06.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці	
Заявник	СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	_____._____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	_____._____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	345826-25/3-140 від 06.10.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІЗОРАЛ®, шампунь, 20 мг/г; по 25 мл або по 60 мл, або по 100 мл, або по 200 мл у пляшці; по 1 пляшці в картонній коробці; по 7,5 мл у саше; по 8 саше в картонній коробці	
Заявник	СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362942-26/3-97 від 11.08.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКСАР® 10 МГ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362942-26/3-97 від 11.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКСАР® 10 МГ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362942-26/3-97 від 11.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	НІКСАР® 10 МГ, таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині, по 10 мг; по 10 таблеток у блістері; по 1 або по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362967-26/3-145 від 12.08.2026
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	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362967-26/3-145 від 12.08.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362967-26/3-145 від 12.08.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	339992-25/3-39 від 25.06.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОЗЛАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг, 20 мг або 30 мг, стартовий набір для лікування: 4 таблетки по 10 мг у блістері, 4 таблетки по 20 мг у блістері, 9 таблеток по 30 мг у блістері та 10 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери та 1 розкладному картонному футлярі у картонній коробці; стандартна упаковка: по 14 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери у картонній коробці	
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	(дата)	
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	339992-25/3-39 від 25.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОЗЛАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг, 20 мг або 30 мг, стартовий набір для лікування: 4 таблетки по 10 мг у блістері, 4 таблетки по 20 мг у блістері, 9 таблеток по 30 мг у блістері та 10 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери та 1 розкладному картонному футлярі у картонній коробці; стандартна упаковка: по 14 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери у картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	339992-25/3-39 від 25.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОЗЛАМ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 10 мг, 20 мг або 30 мг, стартовий набір для лікування: 4 таблетки по 10 мг у блістері, 4 таблетки по 20 мг у блістері, 9 таблеток по 30 мг у блістері та 10 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери та 1 розкладному картонному футлярі у картонній коробці; стандартна упаковка: по 14 таблеток по 30 мг у блістері, по 4 блістери у картонній коробці
Заявник	Фармацевтичний завод "ПОЛЬФАРМА" С.А., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	350688-25/3-146, 357377-26/3-100 від 24.12.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОМЕЗ® ДСР, капсули з модифікованим вивільненням, тверді по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350688-25/3-146, 357377-26/3-100 від 24.12.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОМЕЗ® ДСР, капсули з модифікованим вивільненням, тверді по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	350688-25/3-146, 357377-26/3-100 від 24.12.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОМЕЗ® ДСР, капсули з модифікованим вивільненням, тверді по 10 капсул у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	362492-26/3-147 від 05.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОПТІН, очні краплі, розчин 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній коробці	
Заявник	Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362492-26/3-147 від 05.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОПТІН, очні краплі, розчин 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній коробці	
Заявник	Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	362492-26/3-147 від 05.08.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОПТІН, очні краплі, розчин 0,5 мг/мл, по 10 мл у флаконі з дозуючим пристроєм; по 1 флакону в картонній коробці	
Заявник	Ядран-Галенський Лабораторій д.д., Хорватія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344495-25/3-147 від 10.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ОРФАДИН, капсули тверді по 2 мг, по 5 мг або по 10 мг; по 60 капсул у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	Свідіш Орфан Біовітрум Інтернешенел АБ, Швеція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359855-26/3-138 від 12.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл; по 5 мл (30 мг), по 16,7 мл (100 мг), по 50 мл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці
Заявник	Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359855-26/3-138 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл; по 5 мл (30 мг), по 16,7 мл (100 мг), по 50 мл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці	
Заявник	Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359855-26/3-138 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАКЛІТАКСЕЛ АККОРД, концентрат для розчину для інфузій, 6 мг/мл; по 5 мл (30 мг), по 16,7 мл (100 мг), по 50 мл (300 мг) у флаконі; по 1 флакону у картонній коробці	
Заявник	Аккорд Хелскеа Полска Сп. з о.о., Польща	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	303803-23/3-98 від 27.10.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАСКОРБІН, концентрат для розчину для ін'єкцій та інфузій, 7,5 г; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці
Заявник	Паско фармацевтише Препарате ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	__._.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	__._.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	303803-23/3-98 від 27.10.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАСКОРБІН, концентрат для розчину для ін'єкцій та інфузій, 7,5 г; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці
Заявник	Паско фармацевтише Препарате ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	303803-23/3-98 від 27.10.2023
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПАСКОРБІН, концентрат для розчину для ін'єкцій та інфузій, 7,5 г; по 50 мл у флаконі, по 1 флакону в картонній коробці
Заявник	Паско фармацевтише Препарате ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці	
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці	
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці	
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359214-26/В-28 від 03.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПЕРІНДОПРЕС®, таблетки по 4 мг або по 8 мг по 10 таблеток у контурній чарунковій упаковці; по 3 контурні чарункові упаковки в пачці	
Заявник	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	351634-26/В-137 від 20.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПОСАКОНАЗОЛ-ТЕВА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл суспензії оральної у флаконах; по 1 флакону разом з мірною ложечкою у картонній коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351634-26/В-137 від 20.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПОСАКОНАЗОЛ-ТЕВА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл суспензії оральної у флаконах; по 1 флакону разом з мірною ложечкою у картонній коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351634-26/В-137 від 20.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ПОСАКОНАЗОЛ-ТЕВА, суспензія оральна, 40 мг/мл; по 105 мл суспензії оральної у флаконах; по 1 флакону разом з мірною ложечкою у картонній коробці
Заявник	ТОВ «Тева Україна», Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358644-26/3-140 від 22.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАНЕКСА® 500, РАНЕКСА® 1000, таблетки пролонгованої дії по 500 мг; таблетки пролонгованої дії по 1000 мг; по 10 таблеток у блістері; по 6 блістерів у картонній коробці; по 15 таблеток у блістері; по 4 блістери у картонній коробці; по 20 таблеток у блістері; по 3 блістери у картонній коробці	
Заявник	Менаріні Інтернешонал Оперейшонс Люксембург С.А., Люксембург	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	344624-25/3-147, 361111-26/3-147 від 12.09.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАПІМАКС ФОРТЕ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній упаковці
Заявник	Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	344624-25/3-147, 361111-26/3-147 від 12.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАПІМАКС ФОРТЕ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній упаковці	
Заявник	Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	344624-25/3-147, 361111-26/3-147 від 12.09.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РАПІМАКС ФОРТЕ, таблетки; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру у картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 10 блістерів у картонній упаковці	
Заявник	Джівдхара Фарма Прайвіт Лімітед, Індія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	361497-26/В-96 від 15.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕВІТ, драже, по 80 або по 100 драже у контейнерах; по 80 або по 100 драже у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону	
Заявник	Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	361497-26/В-96 від 15.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕВІТ, драже, по 80 або по 100 драже у контейнерах; по 80 або по 100 драже у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону	
Заявник	Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	361497-26/В-96 від 15.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕВІТ, драже, по 80 або по 100 драже у контейнерах; по 80 або по 100 драже у контейнері; по 1 контейнеру в пачці з картону	
Заявник	Акціонерне товариство "ВІТАМІНИ", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	313369-24/3-132 від 05.04.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕДЦИТЕПЛАС, дисперсія для ін'єкцій та інфузій, 50 мг/мл по 100 мг/2 мл, 500 мг/10 мл або 1000 мг/20 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	313369-24/3-132 від 05.04.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕДЦИТЕПЛАС, дисперсія для ін'єкцій та інфузій, 50 мг/мл по 100 мг/2 мл, 500 мг/10 мл або 1000 мг/20 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	313369-24/3-132 від 05.04.2024
Назва лікарського засобу, форма випуску	РЕДЦИТЕПЛАС, дисперсія для ін'єкцій та інфузій, 50 мг/мл по 100 мг/2 мл, 500 мг/10 мл або 1000 мг/20 мл у флаконі, по 1 флакону у картонній коробці
Заявник	Д-р Редді'с Лабораторіс Лтд, Індія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	351488-26/3-132 від 15.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	РИВАРОКСІЯ, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 2,5 мг, по 14 таблеток у блістері, по 4 або 7 блістерів у коробці; 10 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1 або 2 блістери у коробці; 15 мг, по 14 таблеток у блістері, по 1, 2 або 7 блістерів у коробці; 20 мг, по 14 таблеток у блістері, по 2 або 7 блістерів у коробці
Заявник	КРКА, д.д., Ново место, Словенія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
Прийнято співробітником УКЕМ	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	348563-25/3-126 від 24.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РІНВОК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, 15 мг; №28: по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці
Заявник	ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	____.____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	348563-25/3-126 від 24.11.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РІНВОК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, 15 мг; №28: по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	348563-25/3-126 від 24.11.2025	
Назва лікарського засобу, форма випуску	РІНВОК®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, 15 мг; №28: по 7 таблеток у блістері, по 4 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЕббВі Біофармасьютікалз ГмбХ, Швейцарія	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	347510-25/3-138, 347511-25/3-138 від 03.11.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	РОВАМЕД®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 5 мг, по 10 мг, по 20 мг, по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 або 6, або 9 блістерів в картонній коробці
Заявник	Медокемі ЛТД, Кіпр
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	357743-26/В-145 від 07.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці
Заявник	ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357743-26/B-145 від 07.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці	
Заявник	ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357743-26/B-145 від 07.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕДАФІТОН® ФОРТЕ, капсули; по 6 капсул у блістері; по 2 або 4, або 8 блістерів у пачці; по 30 капсул у контейнері з кришкою з контролем першого відкриття, по 1 контейнеру в пачці	
Заявник	ПРАТ "ФІТОФАРМ", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359966-26/B-148 від 15.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СЕРВОНЕКС®, таблетки, вкриті оболонкою, по 5 мг або по 10 мг, по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній упаковці; in bulk № 14x240: по 14 таблеток у блістері; по 240 блістерів у картонній коробці (для виробника: КУСУМ ХЕЛТХКЕР ПБТ ЛТД, Індія); по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери в картонній упаковці (для виробників: ТОВ "КУСУМ ФАРМ", Україна; ТОВ "ГЛЕДФАРМ ЛТД", Україна)	
Заявник	ТОВ "Гледфарм ЛТД", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359863-26/В-146 від 12.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359863-26/В-146 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
	____.____.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359863-26/В-146 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359863-26/В-146 від 12.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359863-26/В-146 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
	Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
	____.____.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359863-26/B-146 від 12.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 20, СИМВАСТАТИН САНДОЗ® 40, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 20 мг або по 40 мг; по 10 таблеток у блістері; по 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	ТОВ "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано: Прийнято оператором ВСО	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	357407-26/В-82, 358328-26/В-126 від 01.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	СОЛІКВА®, розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+33 мкг/мл розчин для ін'єкцій, 100 од/мл+50 мкг/мл № 3 або № 5: по 3 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 3 або по 5 шприц-ручок в картонній коробці. Голки в упаковку не включені	
Заявник	ТОВ "Санофі-Авентіс Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359161-26/3-128 від 03.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	СПОЛТО® 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	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359161-26/3-128 від 03.06.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359161-26/3-128 від 03.06.2026	
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	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	350557-25/3-149 від 22.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТЕРОФУНДИН ISO, розчин для інфузій; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у поліетиленовому контейнері; по 10 контейнерів у картонній коробці; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у пластиковому мішку; по 10 мішків у картонній коробці
Заявник	Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350557-25/3-149 від 22.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТЕРОФУНДИН ISO, розчин для інфузій; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у поліетиленовому контейнері; по 10 контейнерів у картонній коробці; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у пластиковому мішку; по 10 мішків у картонній коробці
Заявник	Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	350557-25/3-149 від 22.12.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТЕРОФУНДИН ISO, розчин для інфузій; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у поліетиленовому контейнері; по 10 контейнерів у картонній коробці; по 250 мл, 500 мл, 1000 мл у пластиковому мішку; по 10 мішків у картонній коробці
Заявник	Б. Браун Мельзунген АГ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	338832-25/3-149 від 06.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТРЕПСІЛС® ХЕРБАЛ ВІД КАШЛЮ ТА ПОДРАЗНЕННЯ ГОРЛА (БУЛО: СТРЕПСІЛС® ВІД КАШЛЮ), пастилки по 10 мг; по 12 пастилок у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338832-25/3-149 від 06.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТРЕПСІЛС® ХЕРБАЛ ВІД КАШЛЮ ТА ПОДРАЗНЕННЯ ГОРЛА (БУЛО: СТРЕПСІЛС® ВІД КАШЛЮ), пастилки по 10 мг; по 12 пастилок у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	(дата)	
	___.__.2026	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	(дата)	

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	338832-25/3-149 від 06.06.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	СТРЕПСІЛС® ХЕРБАЛ ВІД КАШЛЮ ТА ПОДРАЗНЕННЯ ГОРЛА (БУЛО: СТРЕПСІЛС® ВІД КАШЛЮ), пастилки по 10 мг; по 12 пастилок у блістері; по 2 або 3 блістери у картонній коробці
Заявник	Реккітт Бенкізер Хелскер Інтернешнл Лімітед, Велика Британія
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359608-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТАЛЛІТОН®, таблетки по 6,25 мг; по 7 таблеток у блістері; по 2 або 4 блістери у картонній коробці; по 12,5 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці; по 25 мг; по 14 таблеток у блістері; по 1 або 2 блістери у картонній коробці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358785-26/3-146 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358785-26/3-146 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358785-26/3-146 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТЕБОКАН, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 120 мг; по 20 таблеток у блістері; по 1, 2 або 3 блістери в картонній коробці	
Заявник	Др. Вільмар Швабе ГмбХ і Ко. КГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359609-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359609-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному
відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359609-26/3-06 від 10.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТИЗЕРЦИН®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 25 мг, по 50 таблеток у флаконі; по 1 флакону в картонній упаковці	
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359507-26/В-116, 359509-26/В-116 від 09.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІАМЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	359507-26/В-116, 359509-26/В-116 від 09.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІАМЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	359507-26/В-116, 359509-26/В-116 від 09.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІАМЕКС, розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 2 блістери в пачці; по 5 мл в ампулі; по 5 ампул у блістері; по 1 блістеру в пачці
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Торговий дім "ІНФУЗІЯ", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354235-26/3-147, 354236-26/3-147, 354237-26/3-147, 354238-26/3-147, 354239-26/3-147 від 10.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ VІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, Розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354235-26/3-147, 354236-26/3-147, 354237-26/3-147, 354238-26/3-147, 354239-26/3-147 від 10.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ ВІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, Розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	354235-26/3-147, 354236-26/3-147, 354237-26/3-147, 354238-26/3-147, 354239-26/3-147 від 10.03.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ ВІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, Розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358043-26/3-123, 358044-26/3-123 від 13.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ VІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358043-26/3-123, 358044-26/3-123 від 13.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ VІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358043-26/3-123, 358044-26/3-123 від 13.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТІФІМ ВІ ®/ ТУРНІМ ВІ ВАКЦИНА ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ЧЕРЕВНОГО ТИФУ ПОЛІСАХАРИДНА РІДКА, розчин для ін'єкцій по 25 мкг/доза; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в картонній коробці з маркуванням українською або англійською мовами, або іншими іноземними мовами; по 0,5 мл (1 доза) у попередньо заповненому шприці з прикріпленою голкою №1 в стандартно-експортній упаковці, яка міститься у картонній коробці з інструкцією для медичного застосування з маркуванням українською мовою	
Заявник	Санофі Вінтроп Індастрі, Франція	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	358487-26/3-126, 358488-26/3-126 від 20.05.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358487-26/3-126, 358488-26/3-126 від 20.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці	
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358487-26/3-126, 358488-26/3-126 від 20.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці	
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360683-26/3-126 від 29.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Лист
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360683-26/3-126 від 29.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці	
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	____.____.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360683-26/3-126 від 29.06.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ТОЖЕО СОЛОСТАР, розчин для ін'єкцій, 300 Од./мл; № 1, № 3, № 5: по 1,5 мл у картриджі, вмонтованому в одноразову шприц-ручку; по 1, 3 або 5 шприц-ручок в картонній коробці	
Заявник	Санофі-Авентіс Дойчланд ГмбХ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342629-25/В-61 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ, КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 30 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.___.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно) (примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342629-25/В-61 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ, КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 30 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно) (примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342629-25/В-61 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 10 МГ/МЛ, КБД 10 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 30 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРИЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	342611-25/В-97 від 07.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 100 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50 мл або 100 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно) (примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342611-25/В-97 від 07.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 100 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50 мл або 100 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	342611-25/В-97 від 07.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 100 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50 мл або 100 мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	__.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	342633-25/В-60 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 50 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50мл або по 100мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано:	_____._____.2026 (дата)
Прийнято оператором ВСО	_____._____.2026 (дата)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно) (примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342633-25/В-60 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 50 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50мл або по 100мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина	
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата) (підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно) (примірник Центру)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	342633-25/В-60 від 08.08.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФАРМАКАНН, ЕКСТРАКТ З КВІТІВ КАНАБІСУ СТАНДАРТИЗОВАНИЙ (ВМІСТ ТГК 50 МГ/МЛ), рідина (субстанція) по 50мл або по 100мл у скляних флаконах для фармацевтичного застосування
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "ФАРМАКАНН УКРАЇНА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
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	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	352052-26/B-97 від 29.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці
Заявник	ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352052-26/B-97 від 29.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці
Заявник	ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352052-26/B-97 від 29.01.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФЕМІНАТІ®, таблетки, вкриті плівковою оболонкою, 0,03 мг/3 мг, по 28 (21+7) таблеток у блістері; по 1 блістеру разом з календарною шкалою та тримачем для блістеру у картонній коробці
Заявник	ТОВ "ВОРВАРТС ФАРМА", Україна
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360810-26/3-147, 360811-26/3-147, 360812-26/3-147 від 30.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці
Заявник	ТОВ «ІНФАРМА Трейдинг», Латвійська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
Відмітка	
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360810-26/3-147, 360811-26/3-147, 360812-26/3-147 від 30.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці
Заявник	ТОВ «ІНФАРМА Трейдинг», Латвійська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	____.____.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360810-26/3-147, 360811-26/3-147, 360812-26/3-147 від 30.06.2026
Назва лікарського засобу, форма випуску	ФОСФОСЕПТИК, гранули для орального розчину, 3,0 г по 8,0 г гранул для орального розчину у саше; по 1 або 2 саше в картонній коробці
Заявник	ТОВ «ІНФАРМА Трейдинг», Латвійська Республіка
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	337560-25/3-146, 337561-25/3-146, 337562-25/3-146, 351418-26/3-146 від 09.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.___.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	337560-25/3-146, 337561-25/3-146, 337562-25/3-146, 351418-26/3-146 від 09.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	337560-25/3-146, 337561-25/3-146, 337562-25/3-146, 351418-26/3-146 від 09.05.2025
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХАРТИЛ®-Н, таблетки, 5 мг/25 мг по 14 таблеток у блістері; по 2 блістери у картонній упаковці
Заявник	ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС , Угорщина
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів
Тип посвідчення	Вкладка до реєстраційного посвідчення
	Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія	
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів	
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)	
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)	

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___. ___. 2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	358780-26/3-121 від 26.05.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ХЕЛПЕКС® АНТИКОЛД DX, по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; по 4 таблетки у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 20 пачок у груповій картонній упаковці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 таблеток у блістері; по 1 блістеру в картонній пачці; по 10 пачок у груповій картонній упаковці; in bulk: по 5000 таблеток у подвійному поліетиленовому пакеті в контейнері	
Заявник	ТОВ "Мові Хелс", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
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		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	352847-26/В-96 від 16.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці	
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
Прийнято оператором ВСО	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352847-26/В-96 від 16.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці	
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	___.__.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	352847-26/В-96 від 16.02.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЦЕФМА ДИТЯЧА СУСПЕНЗІЯ, порошок для оральної суспензії, 40 мг/5 мл; по 50 мл або 100 мл у флаконі; по 1 флакону та шприцу у картонній коробці	
Заявник	Товариство з обмеженою відповідальністю "Сандоз Україна", Україна	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)

(примірник Заявника)

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360897-26/3-126 від 01.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЯРИНА®, таблетки, вкриті оболонкою; по 21 таблетці у блістері з календарною шкалою; по 1 блістеру в картонній пачці	
Заявник	Байер АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано:	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ заявника)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
Прийнято оператором ВСО		

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)

Реєстраційна форма, дата	360897-26/3-126 від 01.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЯРИНА®, таблетки, вкриті оболонкою; по 21 таблетці у блістері з календарною шкалою; по 1 блістеру в картонній пачці	
Заявник	Байер АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано оператором ВСО Прийнято співробітником ВЛ УДЗД	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ оператора ВСО)
	__._.2026 (дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)

**Чек-лист документи Заявника для отримання реєстраційних документів в Організаційному відділі (Єдине вікно)
(примірник Центру)**

ДЕРЖАВНИЙ ЕКСПЕРТНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ

**ДОКУМЕНТИ ЗАЯВНИКА ДЛЯ ОТРИМАННЯ РЕЄСТРАЦІЙНИХ ДОКУМЕНТІВ В
ОРГАНІЗАЦІЙНОМУ ВІДДІЛІ (ЄДИНЕ ВІКНО)**

Реєстраційна форма, дата	360897-26/3-126 від 01.07.2026	
Назва лікарського засобу, форма випуску	ЯРИНА®, таблетки, вкриті оболонкою; по 21 таблетці у блістері з календарною шкалою; по 1 блістеру в картонній пачці	
Заявник	Байер АГ, Німеччина	
Наказ МОЗ України	24.09.2026 р. № 1405	
Реєстраційна процедура	Зміни I та II типів	
Тип посвідчення	Лист	
		Відмітка
Доручення від Заявника/уповноваженої особи Заявника на отримання реєстраційного посвідчення із зазначення особи, уповноваженої отримувати відповідні реєстраційні документи (оригінал/завірена копія)* + додаткова завірена копія		
Власне ім'я, ПРІЗВИЩЕ, особи уповноваженої на отримання відповідних реєстраційних документів		
Акти виконаних робіт (оригінал та копія)		
Номер телефона (для зв'язку у разі виникнення питань)		

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

Відмовлено, причина		
Передано співробітником ВЛ УДЗД Прийнято співробітником УКЕМ	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника ВЛ УДЗД)
	___.__.2026	
	(дата)	(підпис, власне ім'я ПРІЗВИЩЕ співробітника УКЕМ)

